

University of Groningen

## Oog voor sociale netwerken en sociale steun in de verslavingszorg

Vries, de, Rianne

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Publication date:*  
2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Vries, de, R. (2020). *Oog voor sociale netwerken en sociale steun in de verslavingszorg: Een verkennend kwalitatief onderzoek naar sociale netwerken en sociale steun van ouders met een middelenverslaving in een gezinskliniek*. Science Shop, University of Groningen.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*



rijksuniversiteit  
 groningen

faculteit gedrags- en  
 maatschappijwetenschappen



VERSLAVINGSZORG  
 NOORD NEDERLAND



umcg

## Oog voor sociale netwerken en sociale steun in de verslavingszorg

*Een verkennend kwalitatief onderzoek naar sociale netwerken en sociale  
 steun van ouders met een middelenverslaving in een gezinskliniek*

Masterscriptie juni 2020

Rianne de Vries

S2754622

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Vakgroep Sociologie

Masterroute Gezondheid, Welzijn en Zorg

Begeleider: Dr. W. Spijkers

Referent: Dr. D. G. van Tol



## VOORWOORD

---

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie van de masteropleiding Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, route Gezondheid, Welzijn en Zorg. Ik heb voor de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid en Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar sociale netwerken en sociale steun van ouders die voor hun middelenverslaving zijn opgenomen in een gezinskliniek.

Voorafgaand aan het schrijven van deze scriptie heb ik een gecombineerde stage mogen lopen bij de Wetenschapswinkel in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en bij de afdeling Kennis en Innovatie Centrum (KIC) van VNN. Gedurende deze stage heb ik mij kunnen verdiepen in verslavingsproblematiek en het doen van onderzoek.

Tijdens de stage en het schrijven van deze scriptie ben ik begeleid door dr. Edwin Spijkers. Ik wil hem bedanken voor de begeleiding en feedback die ik heb gekregen tijdens deze periode. Ook wil ik hem bedanken voor zijn geduld, want door gezondheidsproblemen heeft het schrijven van deze scriptie meer tijd in beslag genomen dan van tevoren was gepland. Zoals ze in het Fries zeggen: ‘As it net kin sa’t it moat, dan moat it mar sa’t kin’ (als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan). Al met al kijk ik terug op een leerzame periode. Verder wil ik mijn referent dr. Donald van Tol bedanken voor zijn bruikbare feedback, met name op het gebied van kwalitatief onderzoek. Ook wil ik mijn stagebegeleidster drs. Margreet van der Meer, hoofd KIC bij VNN, bedanken voor de stageperiode bij VNN en de kansen om de organisatie te leren kennen.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar de twee hoofdbehandelaars en een systeemtherapeut van gezinskliniek de Borch voor de medewerking aan dit onderzoek en het voeren van oriënterende gesprekken. Dankzij deze gesprekken ben ik meer te weten gekomen over verslavingsproblematiek, de achtergrond van ouders die in de kliniek verblijven en hoe de behandeling op de Borch eruitziet. Ook wil ik de hoofdbehandelaars bedanken voor het werven van participanten, want mede door hun hulp heb ik dit onderzoek uit kunnen voeren. Tot slot ben ik dankbaar dat ik een kijkje heb mogen nemen in een kliniek die voor andere mensen gesloten blijft en wil ik graag de cliënten bedanken die tijdens hun behandeling de moeite hebben genomen om mee te werken aan dit onderzoek.

Om af te sluiten wens ik u veel leesplezier toe.

Rianne de Vries

Juni 2020

## SAMENVATTING

---

Voor ouders met een middelenverslaving is een beroep kunnen doen op een sociaal netwerk en het ontvangen van sociale steun tijdens een behandeling belangrijk voor het herstel. Ouders die sociale steun van hun netwerk ontvangen hebben bijvoorbeeld meer vertrouwen in hun herstel en zijn gemotiveerder om de behandeling af te maken. Echter, een ondersteunend netwerk is niet vanzelfsprekend, omdat ouders tijdens de periode van verslaving in een sociaal isolement terecht kunnen komen. Om deze reden is in dit verkennende onderzoek geprobeerd meer inzicht te verschaffen in de sociale netwerken van verslaafde (aanstaande) ouders die met hun kind(eren) in een gezinskliniek zijn opgenomen. Hierbij ligt de focus op de redenen en factoren die maken dat ouders zich meer of minder gesteund voelen door hun sociale omgeving. Ook is onderzocht wat ouders vinden van de wijze waarop hun sociale netwerk bij de behandeling wordt betrokken. De vraag die in dit onderzoek centraal staat is: *Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit en wat maakt dat zij dit netwerk als meer of minder ondersteunend ervaren voor het herstel van een middelenverslaving?*

Vanwege het verkennende karakter van het onderzoek is er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode met een aanvullend kwantitatief onderdeel. De data zijn verzameld bij de enige kliniek in Nederland waar ouders met hun kind(eren) kunnen worden opgenomen voor een middelenverslaving, gezinskliniek de Borch in Eelderwolde. Er zijn bij zes participanten diepte-interviews en een gevalideerde vragenlijst afgenomen waarin dieper is ingegaan op hun sociale netwerk en de ervaren sociale steun.

Uit de resultaten blijkt dat de netwerken van ouders die voor een middelenverslaving zijn opgenomen in een gezinskliniek van beperkte kwantiteit en kwaliteit zijn. De omvang van het netwerk is relatief klein, de diversiteit is beperkt en er bevinden zich andere mensen met een middelenverslaving in het netwerk waar ouders nauwelijks steun van ontvangen. Bovendien zijn relaties beschadigd tijdens de verslaving, moet (de frequentie van) het contact hersteld worden en is bij de meeste relaties de wederkerigheid niet in balans. Daarnaast blijkt dat ouders zich het meest gesteund voelen als ze emotionele steun ontvangen van mensen binnen én buiten de kliniek. Voor mensen van buiten de kliniek geldt dat ouders zich voornamelijk gesteund voelen door emotionele steun van familieleden, zoals het tonen van interesse, het klaarstaan voor de ouder en het langskomen op de kliniek. Binnen de kliniek spelen opgenomen partners en medebewoners een grote rol in hoe ouders zich voelen door bijvoorbeeld een luisterend oor te bieden of onderlinge conflicten. Als ouders van mensen binnen en buiten de kliniek steun ervaren kan dat de kans op een effectieve behandeling vergroten, omdat ze zich dan volledig kunnen focussen op de behandeling en hun herstel. Verder blijkt dat ouders tevreden zijn over de wijze waarop hun netwerk bij de behandeling wordt betrokken, maar ze zouden graag zien dat er meer familiedagen georganiseerd worden en er een kamer voor het ontvangen van bezoek ingericht wordt.

Tot slot worden er enkele aanbevelingen gedaan: (1) vervolgonderzoek naar dit onderwerp, waarbij data worden verzameld bij meer participanten, (2) concrete aanbevelingen voor gezinskliniek de Borch

over hoe het sociale netwerk beter bij de behandeling betrokken kan worden (3) het onderzoeken van de mogelijkheden bij andere klinieken van VNN om ouders met hun partner en kinderen op te nemen.

## INHOUDSOPGAVE

---

<b>1. Introductie</b>	<b>7</b>
1.1 Inleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Sociologische en wetenschappelijke relevantie	9
1.4 Maatschappelijke relevantie	10
1.5 Middelenverslaving	11
1.6 Onderzoeksopzet en leeswijzer	12
 <b>2. Theoretisch kader</b>	 <b>13</b>
2.1 Sociale netwerken	13
2.2 Sociale steun	15
2.3 Conceptueel model sociale netwerken en sociale steun	16
2.4 Structurele kenmerken van het sociale netwerk en sociale steun	17
2.4.1 Grootte van het sociale netwerk	18
2.4.2 Samenstelling van het sociale netwerk	19
2.4.3 Homogeniteit: verslavingsproblematiek in het sociale netwerk	20
2.4.4 Deelvragen over structurele kenmerken van het netwerk en sociale steun	22
2.5 Kenmerken van relaties in het sociale netwerk en sociale steun	23
2.5.1 Frequentie en vorm van contact	23
2.5.2 Intimiteit van relaties	24
2.5.3 Wederkerigheidsbalans van relaties	25
2.5.4 Deelvragen over relatiekenmerken in het netwerk en sociale steun	26
2.6 Het samengestelde model	27
 <b>3. Gezinskliniek de Borch</b>	 <b>29</b>
3.1 Gezinskliniek de Borch	29
3.2 Gezinskliniek de Borch en het sociale netwerk van cliënten	30
3.3 Deelvraag over gezinskliniek de Borch	31
3.4 Overzicht centrale onderzoeksvraag en deelvragen	32

<b>4. Methode</b>	<b>34</b>
4.1 De onderzoeksopzet	34
4.2 Oriënterende gesprekken	35
4.3 Het interviewschema en de vragenlijst SSL-I	35
4.4 Ethische overwegingen	38
4.5 Werving en respons participanten	39
4.6 Dataverwerking en data-analyse	41
4.7 Betrouwbaarheid en validiteit	42
<b>5. Resultaten</b>	<b>44</b>
5.1 Kenmerken van de participanten en hun middelenverslaving	44
5.2 De structurele kenmerken van het sociale netwerk en sociale steun	46
5.2.1 Toelichting sociale netwerken	46
5.2.2 Grafische weergave sociale netwerken	48
5.2.3 Grootte, samenstelling en homogeniteit	54
5.2.4 Ervaren steun van het sociale netwerk	56
5.2.5 Het missen van steun van het sociale netwerk	64
5.2.6 De betekenis van ervaren steun	67
5.2.7 De betekenis van het missen van steun	68
5.3 De kenmerken van relaties in het sociale netwerk en sociale steun	71
5.3.1 Frequentie en vorm van het contact	71
5.3.2 Intimiteit van de relaties	74
5.3.3 Wederkerigheidsbalans van de relaties	76
5.4 Gezinskliniek de Borch en het sociale netwerk	78
<b>6. Conclusie en discussie</b>	<b>82</b>
6.1 Conclusie	82
6.1.1 Conclusies over structurele kenmerken van het netwerk en sociale steun	82
6.1.2 Conclusies over kenmerken van relaties in het netwerk en sociale steun	85
6.1.3 Conclusies over gezinskliniek de Borch en het sociale netwerk	86
6.1.4 Conclusies over de centrale onderzoeksvraag en het samengestelde model	87
6.2 Discussie	88
6.2.1 Mogelijke verklaringen	88

6.2.2	Beperkingen en sterke punten	90
6.3	Aanbevelingen	93
<b>7.</b>	<b>Literatuurlijst</b>	<b>95</b>
<b>8.</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>103</b>
8.1	DSM V: Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen	103
8.2	Overkoepelend model Berkman et al. (2000)	105
8.3	Interviewschema	106
8.4	Voorbeelden sociaal netwerk en intimiteitscirkels interview	111
8.5	Vragenlijst SSL-I	112
8.6	Formulieren dataverzameling	114
8.6.1	Informatiebrief onderzoek gezinskliniek de Borch	114
8.6.2	Formulier persoonsgegevens	116
8.6.3	Toestemmingsverklaring (geïnformeerde toestemming)	117
8.7	Toestemming Wetenschappelijke Ethische Toetsingscommissie VNN	118
8.8	COREQ Checklist	119
8.9	Codeboek	120
8.10	Thick descriptions	135
8.10.1	Welke steun ervaren ouders en van wie?	135
8.10.2	Wat maakt dat ouders zich minder gesteund voelen en door wie komt dit?	141
8.11	Resultaten vragenlijst SSL-I	144



# I. INTRODUCTIE

---

## 1.1 Inleiding

Sinds de introductie van de participatiesamenleving in 2013 doet de Nederlandse overheid een groter beroep op de zelf- en samenredzaamheid van de bevolking (Kromhout, Kornalijslijper & de Klerk, 2018). Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving (Rijksoverheid, 2013). De overheid wenst een grotere rol van burgers in zorg voor elkaar, waardoor meer (na)druk komt te liggen op ondersteuning uit de leefomgeving. Vanuit dit uitgangspunt nemen gezondheidszorgorganisaties de sociale omgeving van mensen met behoefte aan zorg en ondersteuning steeds meer mee in de behandeling. Zo benadrukt de Rijksoverheid (2018) in een recent bestuurlijk akkoord met partijen uit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) het belang van het betrekken van het sociale netwerk, zoals familie, partner en vrienden, bij het bieden van zorg en behandelingen. Ook de verslavingszorg ziet de waarde in van de sociale omgeving en zet zich in voor een bredere behandelaanpak waarin aandacht is voor de omgeving waarin cliënten met een verslaving zich bevinden (Polman & Visser, 2014).

Naast de wens vanuit de Nederlandse overheid om ondersteuning uit de leefomgeving meer te benutten, wil de verslavingszorg de omgeving ook meer bij de behandeling betrekken omdat het sociale netwerk het herstel van verslavingsproblematiek kan bevorderen. Voor mensen met een verslaving die een beroep kunnen doen op een sociaal netwerk is dit een belangrijke factor voor (blijvend) herstel, terwijl het ontbreken van een sociaal netwerk nadelig is voor het herstel en een groter risico op herval kan betekenen (Best, Ghufuran, Day, Ray, & Loaring, 2008). Tijdens behandelingen kunnen mensen uit het netwerk sociale steun bieden, wat fundamenteel is voor ons welzijn (Agneessens, Wasege, & Lievens, 2006). Mensen die sociale steun ontvangen hebben bijvoorbeeld meer zelfvertrouwen en ervaren een groter gevoel van controle over hun leven. Daarnaast geven waardevolle relaties betekenis aan het leven, waardoor mensen die sociale steun ontvangen minder kans hebben op psychische problematiek (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000; Cohen & Wills, 1985).

Mensen met een verslaving die sociale steun ontvangen tijdens de behandeling hebben meer vertrouwen in hun herstel, omdat ze tijdens lastige momenten gesteund worden met bijvoorbeeld complimenten en aanmoedigingen, maar ook getroost worden als ze zich terneergeslagen voelen (Best, 2012). Bovendien is bekend dat mensen die sociale steun ontvangen tijdens een ambulante behandeling minder drugs gebruiken en minder betrokken zijn bij illegale activiteiten dan mensen die geen sociale steun ontvangen (Soyez, 2006). Verder blijkt steun van lotgenoten in herstel een belangrijke rol te spelen bij de ervaren levenskwaliteit van mensen die herstellen van een verslaving (Best et al., 2012). Tot slot blijven mensen uit het sociale netwerk vaak ook na de behandeling in hun leven en kunnen mensen met een verslavingsverleden terugvallen op hun omgeving nadat de behandeling is afgerond.

De laatste jaren is er binnen de verslavingszorg steeds meer aandacht voor de sociale omgeving van mensen met een verslaving, en met name voor kinderen die met verslaafde ouders opgroeien (van der

Meer, Jansen, Willems, & Anthonio, 2017). Ouders met jonge kinderen vormen een speciale groep binnen de verslavingszorg, omdat kinderen van ouders met een verslaving een dertien keer hoger risico lopen om zelf verslaafd te raken en/of andere psychische problematiek te ontwikkelen in vergelijking met kinderen van ouders die geen verslaving hebben (Chassin, Curran, Hussong, & Colder, 1996; van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2011). De omgeving waarin kinderen met een verslaafde ouder leven is vaak stressvol, omdat er veelal sprake is van een instabiele gezinssituatie met sociale en financiële problemen (Connors et al., 2003; Romijn, de Graaf, & de Jonge, 2010). Ook komt er in gezinnen waarvan een ouder verslaafd is meer geweld en agressie voor. Hoe meer stress kinderen in hun omgeving ervaren, hoe groter het risico dat ze gedragsproblemen, psychologische problemen en cognitieve problemen ontwikkelen (Johnson & Leff, 1999; van der Meer et al., 2017). Deze problemen bestaan zoals genoemd uit een verhoogde kans op verslavingsproblematiek, maar ook presteren kinderen van verslaafde ouders minder goed op school, vertonen ze meer agressief gedrag en doen ze vijf keer vaker een beroep op de GGZ (Bailey, Hill, Oesterle, & Hawkins, 2006; van Santvoort et al., 2011).

Om sociale netwerken bij het herstel van ouders te kunnen betrekken is er in de verslavingszorg een bredere behandelaanpak nodig waarin ook de sociale omgeving wordt betrokken. De hulpverlener en de behandeling zijn ook tegenwoordig nog primair op de ouder gericht en niet op de sociale omgeving waarin de ouder zich bevindt (van der Meer et al., 2017), terwijl het sociale netwerk tijdens en na de behandeling steun kan bieden. Sociale steun uit de omgeving heeft een positieve invloed op de opvoedcapaciteiten van de ouder met een verslaving, zoals de verzorging van de kinderen en het bieden van dagelijkse structuur, waardoor kinderen als volwassenen minder gedragsproblemen ervaren (Romijn et al., 2010). Gezinnen met een verslaafde vader en/of moeder lopen grote kans om geïsoleerd te raken (Velleman & Templeton, 2007) en bij een gebrek aan steun uit de omgeving moeten de ouders het gezin zelf draaiende houden. In de literatuur is echter minder bekend over de rol van sociale steun voor ouders die in herstel zijn van een verslaving, terwijl er vaak sprake is van een instabiele gezinssituatie en kind en ouders beide baat kunnen hebben bij steun uit de omgeving (Kroll, 2004).

## 1.2 Probleemstelling

Vanuit de overheid komt er steeds meer nadruk te liggen op het betrekken van de sociale omgeving bij behandelingen in de gezondheidszorg. Daarnaast is er binnen de verslavingszorg steeds meer aandacht voor gezinnen en vormt het sociale netwerk een belangrijke hulpbron voor gezinnen waarvan ouders een verslaving hebben. Om deze reden is het van belang om meer inzicht te verkrijgen in de kenmerken van de sociale netwerken waarin verslaafde ouders met jonge kinderen zich bevinden en welke rol sociale steun kan spelen bij het herstel van verslaving. Sinds 1995 is er in Nederland één kliniek waarin ouders met hun kind(eren) opgenomen kunnen worden om te werken aan hun verslaving. Deze gezinskliniek heet de Borch, voormalig de Lage Kamp, en is opgericht door Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN). In totaal kunnen er zestien gezinnen met kinderen tot en met twaalf jaar en vier zwangere vrouwen verblijven. Een opname in deze kliniek duurt gemiddeld negen maanden en in het behandelprogramma wordt onder andere aandacht besteed aan de structuur in het dagelijks leven, de ouder-kindrelatie en de psychische en/of

verslavingsproblematiek van de ouder(s). De verslavingsproblematiek van de ouders betreft middelenverslavingen, zoals alcohol en drugs.

Voor de (aanstaande) ouders die op de Borch verblijven geldt dat ze sociale steun kunnen ontvangen vanuit hun sociale netwerk, maar dit netwerk bevindt zich (grotendeels) buiten de kliniek. Om deze reden is binnen VNN weinig bekend over het sociale netwerk van ouders en zwangere vrouwen die in de Borch verblijven en de rol van sociale steun tijdens hun behandeling in de kliniek. Er wordt vanuit de literatuur verwacht dat sociale steun en het sociale netwerk waarin deze (aanstaande) ouders zich bevinden een rol kunnen spelen in het herstel van verslaving. Bovendien zou VNN graag meer te weten willen komen over wat ouders vinden van de manier waarop hun sociale netwerk bij de behandeling betrokken wordt om dit eventueel in toekomstige behandelingen te kunnen verbeteren. Om deze redenen wordt in dit verkennende onderzoek geprobeerd meer inzicht te verschaffen in de sociale netwerken van verslaafde (aanstaande) ouders die in een kliniek zijn opgenomen. Hierbij ligt de focus op de sociale steun die ouders ervaren en de redenen en factoren die maken dat ouders met jonge kinderen in een gezinskliniek zich meer of minder gesteund voelen door hun sociale omgeving. Daarnaast wordt onderzocht wat ouders op dit moment vinden van de wijze waarop hun sociale netwerk bij de behandeling wordt betrokken. Deze vragen zijn afgestemd met onderzoekers van VNN en behandelaren van de Borch, wat aangeeft dat er ook in de praktijk behoefte is aan meer kennis op dit gebied. De centrale onderzoeksvraag van deze scriptie luidt als volgt:

*Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit en wat maakt dat zij dit netwerk als meer of minder ondersteunend ervaren voor het herstel van een middelenverslaving?*

### 1.3 Sociologische en wetenschappelijke relevantie

Waar verslavingsproblematiek in het verleden als een morele zwakte van de mens werd gezien, wordt het tegenwoordig beschouwd als een samenspel van biologische kwetsbaarheidsfactoren, psychologische processen en sociale aspecten. Deze huidige visie wordt aangeduid als het biopsychosociale model (Engel, 1980). Recent krijgen de biologische kwetsbaarheidsfactoren binnen het biopsychosociale model veel aandacht en wordt verslaving steeds meer als een hersenziekte beschouwd (Schipper & van den Brink, 2016; van den Brink, 2005). Volgens het hersenziektemodel is verslaving een chronisch recidiverende hersenziekte waarvan aangeboren kwetsbaarheid de basis vormt. Echter, in onderzoek naar verslaving en behandelingen mogen sociale omstandigheden niet onderbelicht worden, omdat naast individuele factoren ook sociale omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen bij (het in standhouden en het herstel van) een verslaving.

Uit tal van onderzoeken blijkt dat sociale netwerken het gedrag en welzijn van mensen beïnvloeden (Cialdini & Goldstein, 2004; Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010; McCrady, 2004) en specifiek het gezondheidsgedrag (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Smith & Christakis, 2008). Ook de socioloog Durkheim (1897) benadrukte meer dan een eeuw geleden het belang van sociale integratie en sociale relaties voor het dagelijks functioneren en de mentale gezondheid van mensen. Door het gehele

netwerk te bestuderen in plaats van enkel individuele kenmerken kunnen keuzes en gedragingen van mensen in een bredere context begrepen worden (Berkman et al., 2000). Voor mensen met een middelenverslaving geldt dat de sociale omgeving invloed op de verslaving kan hebben door de verslaving in stand te houden of het beëindigen van een verslaving te ondersteunen (McCrary, 2004). Mensen met een middelenverslaving kunnen zich bijvoorbeeld in een netwerk bevinden met andere mensen met een middelenverslaving, waardoor ze aangemoedigd worden de verslaving in stand te houden, maar ze kunnen zich ook in een omgeving bevinden waar de verslaving wordt afgekeurd.

Alhoewel bekend is dat sociale netwerken invloed hebben op het gezondheidsgedrag van mensen (Berkman et al., 2000), is er weinig sociologisch onderzoek gedaan naar de sociale netwerken van mensen met een verslaving. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat mensen met een verslaving voor onderzoekers lastig te bereiken zijn en vaak niet bereid zijn om mee te werken, omdat ze bijvoorbeeld crimineel of illegaal gedrag vertonen (Goossens, van Hasselt, & Sannen, 2012). Daarnaast is er zelden onderzoek naar specifiek (aanstaande) ouders met een verslaving gedaan. Ouders zijn vaak op hun hoede, omdat ze bang zijn voor een ondertoezichtstelling of een eventuele uithuisplaatsing van de kinderen. Ook willen ze hun kinderen en naasten beschermen (van der Meer et al., 2017).

Een belangrijke factor van een sociaal netwerk dat het gedrag en welzijn van mensen beïnvloedt is de sociale steun die anderen bieden (Berkman et al., 2000). Sociale steun is een breed sociologisch begrip en wordt om deze reden vaak ingedeeld in verschillende soorten sociale steun. Een veelgebruikte indeling van sociale steun is emotionele steun, instrumentele steun, informationele steun en steun in de vorm van waardering (Berkman et al., 2000; House, 1981; Weiss, 1974). De structuur van het netwerk waarin de persoon zich bevindt draagt bij aan de soorten steun die hij ontvangt, hoe vaak hij steun ontvangt en de intensiteit van de ontvangen steun (Berkman et al., 2000). Uit eerder onderzoek blijkt dat verslaafde ouders in een sociaal isolement terecht kunnen komen omdat ze zich schamen voor hun problematiek en het gedrag dat ze onder invloed vertonen (Velleman & Templeton, 2007). Bovendien kunnen ouders de verslaving lastig verborgen houden bij intensief sociaal contact, waardoor ze contact met anderen vermijden, terwijl steun van het netwerk veel kan betekenen voor het herstel van verslaving en het gezinsfunctioneren (Best, 2012; Goossens & van der Zanden, 2012; Kroll, 2004). Daarom is het van belang om te onderzoeken in welke mate ouders hun netwerk als ondersteunend ervaren en hoe hier in een behandeling rekening mee kan worden gehouden.

Tot slot is dit onderzoek wetenschappelijk relevant vanwege een unieke populatie die onderzocht wordt, omdat de Borch de enige gezinskliniek in Nederland is waar verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen opgenomen kunnen worden. Er is weinig bekend over deze populatie, want er is slechts één keer eerder onderzoek naar gedaan. In dit eerdere onderzoek is gekeken naar probleemgedrag en verslavingsgedrag van (jong)volwassenen die als kind met hun ouders een periode in de Borch zijn opgenomen (de Gries, 2013). Dit onderzoek verdiept zich in de verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen die op dit moment op de Borch verblijven. Deze factoren samengenomen maakt dat dit onderzoek een verkennend karakter heeft en bijdraagt aan kennis over verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen met een verslaving.

#### 1.4 Maatschappelijke relevantie

Een verslaving aan middelen behoort met een prevalentie van 1 op de 20 tot één van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de wereld en kent grote gevolgen. Een verslaving aan alcohol of drugs heeft op individueel niveau psychosociale, lichamelijke en neurocognitieve gevolgen. Voorbeelden zijn het verliezen van een baan, een sociaal isolement en hersenschade (Hammink, Altenburg, & Schrijvers, 2012). Naast het leed voor de persoon met een verslaving en de directe omgeving, ondervindt de maatschappij ook gevolgen van mensen met een middelenverslaving (Goossens et al., 2012). Een verslaving betekent dat iemand lichamelijk en/of geestelijk afhankelijk van een middel is en deze afhankelijkheid gaat meestal samen met gedwongen gebruik (VNN, 2016). De drang om aan (geld voor) het middel te komen is zo groot, dat er soms geweld en verwervingscriminaliteit mee gemoeid zijn. Middelengebruik kan voor drugsoverlast zorgen in de woonomgeving van mensen, zoals onveiligheidsgevoelens en diefstal, en voor gevaarlijke situaties tijdens deelname aan het verkeer (Goossens et al., 2012). Naast verstoring van de publieke orde gaat verslaving gepaard met grote maatschappelijke kosten. In 2017 waren de totale kosten aan de zorg voor verslaving aan alcohol en drugs ruim 820 miljoen euro (Plasmans, Ramjiawan, & Vonk, 2019) en de kosten van productiviteitsverlies door overmatig alcoholgebruik worden geschat op ongeveer 1,5 miljard euro per jaar (Goossens et al., 2012). Ook politie en justitie maken kosten naar aanleiding van mensen met een verslaving, bijvoorbeeld voor het berechten van criminele daden, maar hierover zijn weinig cijfers bekend (Goossens et al., 2012). Tot slot vormen kosten voor preventie- en interventieprogramma's een onderdeel van de maatschappelijke kosten van verslaving (Suijkerbuijk, van Gils, & de Wit, 2014).

Concluderend is dit onderzoek naar sociale netwerken van verslaafde ouders en zwangere vrouwen in een gezinskliniek van maatschappelijk belang, omdat sociale netwerken een hulpbron voor gezinnen kunnen vormen. Gezinnen kunnen tijdens en na de behandeling steun van de omgeving krijgen, wat bijdraagt aan het herstel tijdens de behandeling en zorgt voor meer kans op blijvend herstel van de ouder na de behandeling. Ouders die hersteld zijn van een verslaving kunnen een kind een veiligere omgeving bieden om in op te groeien, waardoor de kans kleiner is dat een volgende generatie ook een verslaving ontwikkelt met bijbehorende individuele en maatschappelijke gevolgen. Als er meer bekend wordt over het sociale netwerk van verslaafde ouders en de rol die sociale steun kan spelen in het herstel van verslaving, kan hier in toekomstige behandelingen op ingespeeld worden en kan er gewerkt worden aan een betere toekomst voor ouders en kinderen.

#### 1.5 Middelenverslaving

In de literatuur worden verschillende begrippen gebruikt wanneer er gesproken wordt over problematisch middelengebruik, zoals afhankelijkheid, middelenmisbruik en verslaving. In dit onderzoek wordt het begrip middelenverslaving gehanteerd en wordt voor een definitie van verslaving het handboek van de psychiatrie, de DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), aangehouden (American Psychiatric Association, 2013). Als mensen zich binnen twaalf maanden in twee of meer van de elf criteria herkennen wordt de diagnose 'Stoornissen in het gebruik van middelen' gesteld. Wanneer aan twee of drie van

bovenstaande criteria wordt voldaan is er sprake van een milde stoornis, bij vier of vijf criteria is er sprake van een gematigde stoornis en bij zes of meer symptomen is er sprake van een ernstige stoornis in het gebruik van middelen. Voorbeelden van criteria zijn dat er een sterk verlangen is om te gebruiken ('craving'), de persoon door het gebruik van het middel tekortschiet op het werk, school of thuis en de persoon het middel blijft gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt op het relationele vlak. Voor een uitgebreide beschrijving van de stoornis zoals deze wordt beschreven in DSM-V, zie bijlage 8.1.

Middelen waar men aan verslaafd kan raken kunnen in drie soorten ingedeeld worden, namelijk verdovende middelen zoals alcohol, opiaten en snuifmiddelen, opwekkende middelen zoals cocaïne en amfetamines en geestverruimende middelen zoals cannabis en psychedelica (Broekaert, van Hove, Vandeveld, Soye, & Vanderplassen, 2010). In dit onderzoek heeft het begrip middelenverslaving een ruime definitie waar alle drie soorten en dus zowel alcohol, softdrugs als harddrugs onder vallen.

### 1.6 Onderzoeksopzet en leeswijzer

Om de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek verricht waarbij data zijn verzameld over de sociale netwerken van verslaafde (aanstaande) ouders met behulp van diepte-interviews aangevuld met een gevalideerde vragenlijst over de ervaren sociale steun. Doordat er sprake is van een kwalitatieve onderzoeksmethode met een verkennend doel is ervoor gekozen om vanuit de literatuur verschillende deelvragen op te stellen. Op deze manier is inzicht verkregen in de sociale netwerken waar ouders zich in bevinden en de mate waarin zij het netwerk als ondersteunend ervaren.

In het volgende hoofdstuk wordt een theoretisch kader uiteengezet voor het verkennende onderzoek naar sociale netwerken en sociale steun van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen met een verslaving. Vervolgens wordt in het derde hoofdstuk ingezoomd op gezinskliniek de Borch en hoe het sociale netwerk bij de behandeling wordt betrokken. In het vierde hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van het onderzoek toegelicht en in het vijfde hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd. Het onderzoek wordt in hoofdstuk zes afgesloten met een conclusie en discussie.

Voor de leesbaarheid zal er over (aanstaande) ouders gesproken worden in plaats van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen met een verslaving. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van de mannelijke vorm wanneer verwezen wordt naar personen. Waar de mannelijke vorm gebruikt wordt, kan deze dus steeds vervangen worden door de vrouwelijke vorm.

## II. THEORETISCH KADER

---

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van literatuuronderzoek beschreven welke kenmerken van sociale netwerken een rol spelen bij het ervaren van sociale steun. Er worden vanuit de literatuur verschillende deelvragen opgesteld om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Eerst worden de concepten sociale netwerken en sociale steun toegelicht, waarna het sociale netwerkmodel van Berkman et al. (2000) wordt teruggebracht naar een voor dit onderzoek relevant model. Er wordt ingezoomd op verscheidende kenmerken van sociale netwerken en relaties en er wordt nagegaan op welke manier deze kenmerken invloed hebben op sociale steun van (aanstaande) ouders in een gezinskliniek voor verslavingsproblematiek. Tot slot wordt in de laatste paragraaf het uiteindelijke model schematisch gepresenteerd in figuur 3.

### 2.1 Sociale netwerken

Vrijwel alle mensen zijn onderdeel van een sociale omgeving, bestaande uit familie, vrienden, collega's en kennissen. De sociale relaties tussen personen in een bepaalde omgeving vormen een netwerk. Een netwerk van sociale relaties wordt ook wel een sociaal netwerk genoemd en geeft verschillende personen in het netwerk en de relaties tussen de personen weer (Borgatti, Everett, & Johnson, 2013). Sociale netwerken verschillen in omgeving, grootte en samenstelling, waardoor ieder netwerk unieke kenmerken heeft. Een voorbeeld van een sociaal netwerk is een groep vrienden op een middelbare school. Verschillende jongens en meisjes zijn met elkaar bevriend. Ze zitten in hetzelfde leerjaar en hebben ongeveer dezelfde leeftijd. Sommige jongens en meisjes zijn al sinds de basisschool met elkaar bevriend, terwijl anderen elkaar sinds de eerste klas van de middelbare school kennen. De vriendengroep bestaat uit meer jongens dan meisjes en er is één jongen die als leider van de groep wordt gezien. De personen in het netwerk, de relaties tussen de personen en het netwerk hebben eigenschappen die kenmerkend zijn voor dit vriendennetwerk.

Een opkomende techniek om een sociale omgeving en haar kenmerken in kaart brengen is sociale netwerkanalyse (Borgatti et al., 2013). In sociale netwerkanalyse worden personen in het netwerk 'nodes' of actoren genoemd en heten relaties tussen personen 'ties'. Daarnaast hebben kenmerken van personen en relaties in het netwerk de naam 'attributen'. Personen hebben categorische attributen die hen onderscheiden van anderen, zoals geslacht en opleidingsniveau, en kwantitatieve attributen, zoals leeftijd. Verder hebben ook de relaties tussen de personen in het netwerk categorische en kwantitatieve attributen, zoals de soort relatie, hoe hecht de relatie is en hoe lang de relatie al bestaat. Een sociaal netwerk is dus als een web van nodes en ties met elk hun eigen attributen. Typerend voor een sociaal netwerk is dat het netwerk niet onveranderlijk of statisch is, want sociale omgevingen veranderen gedurende de tijd (Borgatti et al., 2013). In het voorbeeld van de vriendengroep worden sommige vriendschappen hechter, blijven personen uit de vriendengroep een jaar zitten, een ander verhuist en een enkeling verlaat de groep vanwege ruzie, maar er kunnen zich ook nieuwe jongens en meisjes bij de groep voegen. Al met al is een sociaal netwerk een dynamisch systeem van mensen en relaties dat onderzocht kan worden met behulp van sociale

netwerkanalyse (Berkman et al., 2000).

Binnen sociale netwerkanalyse worden verschillende benaderingswijzen van netwerken toegepast, zoals de structurele en functionele benadering. Structurele netwerkanalyse focust zich op de structuur en de samenstelling van het netwerk (Cohen & Syme, 1985). De structuur van het netwerk wordt vaak kwantitatief benaderd, zoals het aantal personen waaruit het netwerk bestaat. Ook wordt er in een structurele analyse gekeken naar de hoeveelheid overeenkomsten tussen de personen die zich in het netwerk bevinden, zoals leeftijd en sociaaleconomische status (SES), en de hoeveelheid contact die personen in het netwerk met elkaar hebben. Daarentegen concentreert functionele netwerkanalyse zich op wat mensen in het netwerk elkaar bieden, met andere woorden de functies die de relaties in het netwerk vervullen (Cohen & Syme, 1985). Via sociale relaties oefenen personen invloed op elkaar uit, geven en ontvangen ze sociale steun en verlenen ze elkaar toegang tot bronnen en goederen (Berkman et al., 2000). Relaties kunnen dus als hulpbronnen beschouwd worden, want door relaties met anderen aan te gaan kan een persoon bepaalde doelen bereiken en behoeften vervullen die hij alleen niet voor elkaar zou krijgen, zoals het vinden van een baan. Daarnaast kan er ook onderscheid gemaakt worden tussen het analyseren van een geheel netwerk of uit het analyseren van een ego-netwerk (Borgatti et al., 2013). In geheel netwerkonderzoek ligt de focus op het functioneren van het gehele sociale netwerk, met andere woorden de relaties tussen alle personen in het netwerk. Daarentegen richt ego-netwerkonderzoek zich op de relaties van één specifiek persoon. Het netwerk wordt beschouwd vanuit het individu, het ego, en andere personen waarmee het ego verbonden is worden ‘alters’ genoemd (Crossley et al., 2015).

Door een sociaal netwerk te bestuderen kunnen keuzes en gedragingen van mensen in een bredere context begrepen worden, omdat de omgeving waar mensen zich in bevinden wordt meegenomen (Berkman et al., 2000). De sociale omgeving waarin iemand zich bevindt oefent invloed uit op het gedrag dat een persoon vertoont, onder andere door sociale normen die in het netwerk gelden (Cialdini & Goldstein, 2004). Stel, een groep creëert normen waar de leden zich naar gedragen. Als het overgrote deel van een groep rookt kan het de norm worden om te roken. Echter, als roken de norm in een groep is en de meeste mensen stoppen met roken vanwege bijvoorbeeld gezondheidsredenen, dan kan de norm veranderen en worden andere mensen in het netwerk aangemoedigd om ook te stoppen met roken (Schaefer, Adams, & Haas, 2013). Afhankelijk van de norm over roken kan de sociale omgeving wel of niet bijdragen aan de gezondheid van de mensen in het netwerk. Een andere vorm van beïnvloeding in een netwerk is groepsdruk, waarbij mensen onder druk van anderen bepaald gedrag vertonen terwijl ze zich zonder het voelen van die druk niet op deze manier zouden gedragen (Haun & Tomasello, 2011). Een voorbeeld is alcoholgebruik onder jongeren. Jongeren durven een drankje niet af te slaan als het hen aangeboden wordt op een feestje met vrienden, omdat het de sociale norm (‘stoer’) is om alcohol te drinken (Lundborg, 2006). Als jongeren zich in een groep bevinden waar ze geen druk ervaren om alcohol te drinken, bijvoorbeeld op een familiefeestje waar de norm is om vanaf een 18-jarige leeftijd alcohol te drinken, dan zullen minder jongeren ervoor kiezen om alcohol te consumeren. De sociale omgeving waar mensen zich in bevinden heeft dus invloed op het gedrag dat ze vertonen.

Mensen met een middelenverslaving worden ook beïnvloed door hun omgeving en het netwerk



waar ze zich in bevinden, bijvoorbeeld door aanmoediging om de verslaving in stand te houden of het beëindigen van een verslaving te ondersteunen (McCrady, 2004). Bij koppels waarvan beide partners drugs gebruiken is het samen gebruiken vaak een onderdeel van hun sociale en seksuele leven (Fals-Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1999; Laudet, Magura, Furst, Kumar, & Whitney, 1999). Ook fungeren oudere broers en zussen in een gezin als rolmodellen voor jongere kinderen, onder andere met hun attitude tegenover alcohol en drugs en hoe zij hiermee omgaan. Als oudere broers en zussen middelen gebruiken lopen broers en zussen een groter risico om ook middelen te gaan gebruiken (Soyez, 2006; Windle, 2000). Vaak verkrijgen ze voor het eerst de middelen via hun broer/zus. Daarentegen kunnen mensen met een middelenverslaving zich ook in een omgeving bevinden waar de verslaving wordt afgekeurd. Partners die geen middelen gebruiken staan vaak negatief tegenover de middelenverslaving, voelen zich gekwetst en ervaren minder liefde voor de ander (Velleman et al., 1993). Verder maken ouders zich vaak zorgen als hun kind een middelenverslaving heeft, bijvoorbeeld over de gezondheid en de financiële situatie, en willen ze graag dat hun kind hulp zoekt (Orford et al., 2005). Tot slot kunnen vrienden bijdragen aan het beëindigen van een verslaving, door er voor hem te zijn en te ondersteunen tijdens moeilijke momenten (McCrady, 2004).

## 2.2 Sociale steun

Mensen in een sociaal netwerk geven en ontvangen sociale steun van anderen in het netwerk (Berkman et al., 2000). Sociale steun is een breed sociologisch begrip en om deze reden bestaat er geen eenduidige definitie (Sarason & Sarason, 2009), maar wordt sociale steun ingedeeld in verschillende soorten steun. Een bekende, eerdergenoemde indeling van de verschillende soorten sociale steun is emotionele steun, informationele steun, instrumentele steun en waarderingssteun (Berkman et al., 2000; House, 1981; Weiss, 1974). Emotionele steun geeft mensen het gevoel geliefd te zijn en verwijst naar uitingen van zorg, aanmoediging en sympathie, terwijl informationele steun draait om het krijgen van informatie en adviezen wanneer iemand bijvoorbeeld een lastige beslissing moet maken. Waarderingssteun is een meer abstracte vorm van steun en betekent dat anderen jou om advies en raad vragen, complimenten geven en je in vertrouwen nemen. De vierde soort sociale steun, instrumentele steun, houdt in dat er praktische hulp wordt gegeven bij dagelijkse activiteiten, zoals het uitlaten van de hond of het lenen van geld.

Mensen die sociale steun ontvangen van hun sociale netwerk hebben minder kans op psychische problematiek (Cohen et al., 2000; Cohen & Wills, 1985). Doordat anderen emotioneel, informatieel of praktisch meedenken krijgen mensen het gevoel ertoe te doen, want anderen investeren tijd en moeite in hen. Daarnaast krijgen mensen meer vertrouwen in hun keuzes, want door met anderen te overleggen besteden ze meer aandacht aan de opties die ze hebben en maken ze bewuster een keuze. Ook ervaren mensen die sociale steun ontvangen minder stress als een negatieve situatie zich voordoet, omdat ze weten dat ze terug kunnen vallen op mensen uit hun omgeving en ze er niet alleen voor staan. Het is hierbij van belang om onderscheid te maken tussen daadwerkelijk ontvangen steun en de steun die mensen ervaren (Cohen et al., 2000; Gottlieb, 2000). De steun die mensen ervaren is belangrijker voor het welzijn dan de daadwerkelijk ontvangen steun (Cohen et al., 2000; Cohen & Wills, 1985), omdat sociale steun ook niet als

steun ervaren kan worden, maar bijvoorbeeld als inbreuk op privacy, bemoeizucht of overbeschermend gedrag (van Tilburg, 1985).

Mensen die sociale steun ervaren herstellen beter van een behandeling voor een middelenverslaving, want het ervaren van meer steun leidt tot minder middelengebruik of onthouding van het middel (Hunter-Reel, McCrady, & Hildebrandt, 2009; McCrady, 2004; Soye, 2006; Wasserman, Stewart, & Delucchi, 2001). Mensen die zich gesteund voelen raken gemotiveerd tijdens de behandeling, omdat ze door steun van anderen meer geloven in hun eigen herstel en ze tijdens lastige momenten terug kunnen vallen op naasten (Best, 2012). Door naasten kunnen mensen met een verslaving zich weer bewust worden van het doel van de behandeling en zich beseffen hoe het leven zonder verslaving er na de behandeling uit kan zien. Mensen die zich worden aangemoedigd krijgen meer zelfvertrouwen en daadwerkelijk geloof in een toekomst zonder verslaving, waardoor ze beter om kunnen gaan met verleidingen om een middel te gebruiken (Hunter-Reel et al., 2009). Tot slot hebben mensen die sociale steun ervaren een lagere lichamelijke stressreactie op negatieve situaties dan mensen die weinig ondersteunende interacties ervaren (Eisenberger, Taylor, Gable, Hilmert, & Lieberman, 2007). Mensen die sociale steun ervaren laten een hogere activiteit van hersengebieden zien die betrokken zijn bij het reguleren van negatieve gevoelens. Bovendien maken ze minder stresshormoon (cortisol) aan en zijn ze beter in staat hun emoties te verwerken. Het meemaken van negatieve situaties die gepaard gaan met stress kunnen een trigger zijn voor gebruik van alcohol en drugs (VNN, 2016). Mensen willen bijvoorbeeld niet aan een negatieve situatie denken of proberen gevoelens en emoties met een middel te onderdrukken. Als ze zich tijdens een behandeling gesteund voelen door hun omgeving, bijvoorbeeld door met een naaste hun gevoelens te bespreken, kunnen ze lagere stressreacties vertonen bij negatieve gebeurtenissen en minder getriggerd worden om alcohol of drugs te gebruiken.

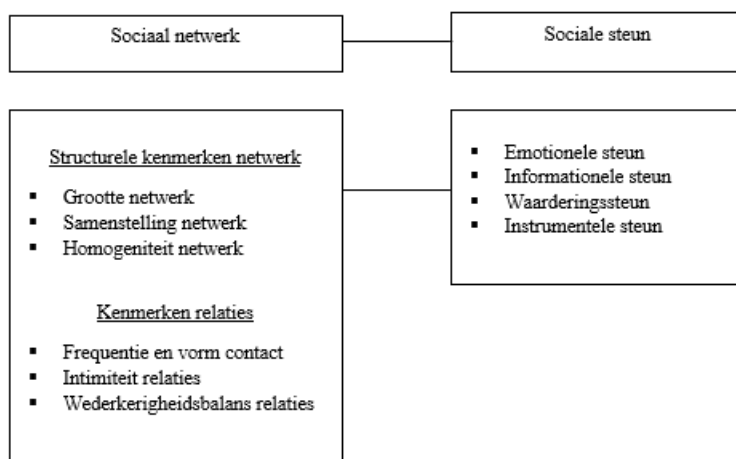
### 2.3 Conceptueel model sociale netwerken en sociale steun

Sociale netwerkanalyse brengt structurele en/of functionele kenmerken van een geheel netwerk of een ego-netwerk in kaart. Doordat gehele netwerkanalyse en ego-netwerkanalyse een ander doel hebben, richten beide soorten analyses zich op verschillende structurele en functionele kenmerken van het netwerk (Borgatti et al., 2013). Bij geheel netwerkonderzoek wordt bijvoorbeeld onderzocht in welke mate de mensen in het netwerk elkaar kennen, met andere woorden de dichtheid van het netwerk, terwijl dit bij ego-netwerken minder van belang is. Ook bij een functionele benadering zijn er verschillen in analyse, want bij geheel netwerkonderzoek wordt bijvoorbeeld gekeken wie in het netwerk aangewezen worden als mensen die de meeste steun bieden, terwijl het bij ego-netwerken interessanter is in welke mate en van wie de persoon steun ontvangt.

Dit onderzoek richt zich op structurele kenmerken van ego-netwerken en op de functie sociale steun. Er zijn weinig modellen die weergeven welke structurele kenmerken van sociale netwerken, zoals het aantal personen waaruit het netwerk bestaat, van invloed zijn op sociale steun in het netwerk. Het meest aansluitende en overkoepelende sociale netwerkmodel dat deze relatie weergeeft is het model van Berkman et al. (2000). Origineel is het conceptuele model ontworpen om te laten zien hoe sociale netwerken de

gezondheid van mensen beïnvloedt. Om dit proces te kunnen begrijpen worden sociale netwerken vanuit samenlevingsniveau (macroniveau) en het individuele niveau (microniveau) bestudeerd waarbij sociale netwerken (mesoniveau) de kern van het model vormen. Zie bijlage 8.2 voor het oorspronkelijke model.

In het model van Berkman et al. (2000) worden sociale netwerken gekenmerkt door de structuur van het netwerk en kenmerken van de relaties in het netwerk, zoals in figuur 1 te zien is. De structuur van het netwerk en de relaties maken het vervolgens mogelijk dat personen elkaar sociale steun bieden. Om deze reden biedt het conceptuele model van Berkman et al. (2000) een raamwerk om te kunnen begrijpen hoe structurele kenmerken van sociale netwerken en kenmerken van relaties invloed hebben op de sociale steun die mensen ontvangen. Voor sociale steun geldt dat het model overeenkomt met de bekende vierdeling van sociale steun (House, 1981; Weiss, 1974). Echter, op basis van de keuze voor een ego-netwerkonderzoek vallen bepaalde structurele kenmerken die in het model staan af, omdat deze kenmerken in een ego-netwerk simpelweg niet te berekenen of te bepalen zijn. Voor de structuur van het netwerk geldt bijvoorbeeld dat de dichtheid van een sociaal netwerk, met andere woorden de mate waarin mensen in het netwerk elkaar kennen, niet berekend kan worden. Voor de kenmerken van de relaties in het netwerk valt onder andere de hoeveelheid organisatieparticipatie af, omdat dit kenmerk niet in de context van een behandelingskliniek past. Cliënten worden opgenomen, wat betekent dat ze voor een bepaalde periode in de kliniek wonen, een voltijd behandeling volgen en daarnaast geen arbeid kunnen verrichten. Samengevat geldt voor de kenmerken van de structuur van het netwerk dat de grootte van het netwerk, de samenstelling van het netwerk en de mate van homogeniteit in het netwerk in kaart gebracht kunnen worden. Voor de kenmerken van de relaties geldt dat de hoeveelheid en vorm van contact, de mate van intimiteit en of er sprake is van wederkerigheid onderzocht kunnen worden. Elk van deze kenmerken komt in de volgende paragrafen aan bod in relatie tot sociale steun bij (aanstaande) ouders die in behandeling zijn voor verslavingsproblematiek.



Figuur 1: Conceptueel model sociale netwerken en sociale steun uit Berkman et al. (2000)

## 2.4 Structurele kenmerken van het netwerk en sociale steun

Er volgt nu een beschrijving van structurele netwerkkenmerken die uit het conceptuele model van Berkman

et al. (2000) en de literatuur naar voren komen als kenmerken die een rol spelen bij het ervaren van sociale steun. De kenmerken die worden beschreven zijn (1) de grootte van het netwerk, (2) de samenstelling van het netwerk en (3) de homogeniteit in het netwerk. Alle drie de structurele netwerkkenmerken komen in de literatuur naar voren als zowel belemmerende factoren als bevorderende factoren voor het ervaren van sociale steun.

#### 2.4.1 Grootte van het sociale netwerk

De grootte van het netwerk is een kenmerk waarmee het netwerk afgebakend kan worden. Mensen met een groter netwerk ontvangen doorgaans meer steun (Chan & Lee, 2006; Wrzus, Hänel, Wagner, & Neyer, 2013), omdat er meer kans is dat er tenminste één persoon beschikbaar is om steun te bieden. Bovendien hebben mensen met een omvangrijker netwerk een grotere kans dat er zich een persoon in hun netwerk bevindt met specifieke kwaliteiten, zoals een dokter of een makelaar, die van pas kunnen komen in bepaalde situaties (van Sonderen, 1993). Ook blijkt dat de grootte van een netwerk ertoe doet of mensen steun blijven geven wanneer de persoon die steun ontvangt geen steun terug kan of wil geven. Personen in een klein netwerk die instrumentele steun bieden, maar geen steun terugkrijgen stoppen met het geven van sociale steun, terwijl personen in een relatief groter netwerk instrumentele steun blijven bieden (Ikkink & van Tilburg, 1998). Een mogelijke verklaring is dat in een groter netwerk er meer anderen zijn die sociale steun kunnen bieden aan de persoon die geen steun terugkrijgt van de persoon die hij helpt, waardoor er sprake is van gegeneraliseerde wederkerigheid (Wentowski, 1981). Mensen bieden elkaar dan steun op basis van de behoefte aan steun en niet met de verwachting dezelfde mate van steun van dezelfde persoon terug te krijgen, maar met de verwachting de steun ooit van een ander binnen het netwerk te terug te krijgen.

Mensen zijn vanuit de geschiedenis gewend om in groepen te leven en hechten waarde aan sociale relaties (Baumeister & Leary, 1995), maar als mensen een verslaving hebben besteden ze minder aandacht aan hun relaties en kunnen ze sociaal geïsoleerd raken. Mensen met een verslaving zijn meer dan de helft van de dag bezig met het gebruik van middelen door erover na te denken, het middel te verkrijgen of het daadwerkelijk te gebruiken (VNN, 2016). Een verslaving beheerst geleidelijk aan steeds meer het leven, waardoor mensen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied problemen krijgen. Ze kunnen niet meer voldoen aan de verplichtingen op het werk en thuis, omdat ze het grootste deel van hun tijd aan de verslaving besteden. Ook worden mensen met een verslaving vaak niet meer herkend door hun omgeving (Soyez, 2006), omdat ze onder invloed bijvoorbeeld agressief of onverschillig gedrag vertonen en zich niet aan afspraken houden. Familie en vrienden voelen zich vaak machteloos, gefrustreerd en gekwetst, waardoor de relaties lijden onder de middelenverslaving. De mate waarin mensen in het netwerk onder de verslaving lijden is (onder andere) afhankelijk van het soort middel dat gebruikt wordt, het verloop van de verslaving gedurende de tijd en de aard van de relatie (Krishnan, Orford, Bradbury, Copello, & Velleman, 2001; Macdonald, Russell, Bland, Morrison, & de la Cruz, 2003). Vaak is de impact op naasten groter als personen voor langere periodes verslaafd zijn en de personen dichterbij de naasten staan, zoals familieleden en partners.

Mensen met een verslaving bevinden zich vaker in een kleiner sociaal netwerk dan mensen zonder verslaving (Mowbray & Scott, 2015; Tracy & Biegel, 2006), waardoor ze minder sociale steun ontvangen. Netwerken van Nederlanders zonder psychische problematiek blijken uit ongeveer negentien familieleden en vrienden te bestaan, waar sociale netwerken van Nederlanders met psychische problematiek, waaronder verslavingsproblematiek, uit ongeveer zeven familieleden en vrienden bestaan (Koenders, de Mooij, Dekker, & Kikkert, 2017). Verder is bekend dat mensen met een drugsverslaving een netwerk hebben dat gemiddeld uit zeven personen bestaat (Day et al., 2013) en mensen met een alcoholverslaving vaak een handvol vrienden hebben (Leonard & Mudar, 2000; McCrady, 2004). Bovendien worden relaties van verslaafde ouders met jonge kinderen gedurende de verslaving steeds meer naar de achtergrond gedrukt, waardoor gezinnen waarin een vader en/of moeder een verslaving heeft een grote kans lopen om sociaal geïsoleerd te raken en minder steun vanuit hun netwerk te ontvangen (Velleman & Templeton, 2007). Ouders moeten naast het onderhouden van de verslaving ook de kinderen opvoeden, waardoor er weinig tijd en energie overblijft voor sociale relaties. Ze dragen de verantwoordelijkheid voor de kinderen, bijvoorbeeld dat ze op tijd op school komen, er netjes uitzien en goed te eten krijgen. Ook staan deze ouders vaak niet open voor hulp of steun van anderen. Ouders blijven lang met de verslaving rondlopen zonder hulp van naasten te zoeken, omdat ze bang zijn voor stigmatisering, een ondertoezichtstelling of eventuele uithuisplaatsing van kinderen als hulpverleners worden ingeschakeld (van der Meer et al., 2017). Bovendien vinden ouders met een verslaving het lastig om aan mensen uit te leggen dat ze een verslavingsprobleem hebben vanwege schaamte voor de problematiek en het gedrag dat ze onder invloed vertonen, waardoor het moeilijk is om nieuwe sociale contacten op te doen waarmee ze hun netwerk eventueel uit kunnen breiden (Vanderplasschen, Autrique, & de Wilde, 2010; Velleman & Templeton, 2007). Al met al betekent een relatief groter netwerk meer kans op sociale steun tijdens de behandeling, maar wordt verwacht dat (aanstaande) ouders in een kliniek een relatief klein sociaal netwerk hebben waar ze op terug kunnen vallen.

#### 2.4.2 Samenstelling van het sociale netwerk

Bij de samenstelling van het netwerk gaat het om de vraag welke contacten zich in het netwerk bevinden, met andere woorden wie zich in het netwerk bevinden en de diversiteit aan contacten van de ouder. In een informeel sociaal netwerk kunnen zes categorieën van sociale contacten onderscheiden worden, namelijk partner, familie, vrienden, kennissen, collega's en burens (Agneessens et al., 2006). In dit onderzoek wordt ook de categorie lotgenoten toegevoegd en worden er zeven categorieën van sociale contacten onderscheiden. Relaties die het dichtstbij staan, zoals langdurige relaties, zijn in de meeste gevallen stabiel gedurende het leven dan andere relaties. Relaties met familie en vrienden zijn daarom vaak intiemer dan relaties met bijvoorbeeld kennissen, collega's en burens. Deze verschillen in intimiteit zorgen ervoor dat mensen vaak emotionele steun en waarderingsteun van vertrouwelingen of intieme anderen ontvangen, zoals een partner, familie of vrienden (Berkman et al., 2000; Weiss, 1974).

Mensen met een divers netwerk ontvangen verschillende soorten steun, omdat ze van verscheidene relaties verschillende soorten steun ontvangen en bij een verandering in het netwerk terug kunnen vallen op

steun van andere personen in hun netwerk (Agneessens et al., 2006). Als mensen veel verschillende contacten hebben, vergroot dit de mogelijkheden dat ze emotionele, informationele, instrumentele en waarderingssteun ontvangen. Mensen ontvangen bijvoorbeeld meer informationele steun als ze kennissen en collega's hebben die weer relaties hebben met anderen buiten het netwerk (Burt, 2005; Granovetter, 1973) en ze ontvangen voornamelijk emotionele steun van hechte, intieme relaties. Als een netwerk dus niet alleen uit familie of vrienden bestaat, maar ook uit collega's en kennissen ontvangt een persoon meer soorten steun. Daarnaast zijn sociale netwerken dynamisch, want sociale omgevingen veranderen gedurende de tijd (Borgatti et al., 2013). Om deze reden is het voor mensen van belang om van meerdere personen verschillende soorten steun te ontvangen, zodat bij het wegvallen van een relatie de steun van een ander kan worden ontvangen. Stel, een persoon heeft twee intieme relaties waar hij emotionele steun van ontvangt, een partner en een goede jeugdvriend. Hij heeft nauwelijks contact met zijn familie. Als de partner plotseling wegvalt door een relatiebreuk of andere omstandigheden is hij afhankelijk van die ene goede jeugdvriend voor het ervaren van emotionele steun. Hij zal op zoek moeten naar andere hechte relaties, maar dat kost tijd. Het hebben van een divers netwerk is dus als een 'verzekering' waardoor mensen over de tijd verschillende soorten sociale steun kunnen ontvangen.

Mensen met een verslaving hebben een beperkte diversiteit aan contacten in hun netwerk (Mowbray & Scott, 2015), waardoor ze bij veranderingen in hun netwerk weinig personen hebben waar ze op terug kunnen vallen voor het ontvangen van sociale steun. Het netwerk van mensen met een drugsverslaving bestaat voor ongeveer twee derde uit familieleden en een derde uit vrienden en wat lotgenoten waarvan ze verschillende soorten steun kunnen ontvangen (Day et al., 2013). Mensen met alcoholproblemen hebben daarentegen een netwerk dat uit meer vrienden dan familie bestaat (Leonard & Mudar, 2000; McCrady, 2004). Ze bespreken bijvoorbeeld gevoelige zaken met intieme relaties (emotionele steun), terwijl lotgenoten juist steun kunnen bieden tijdens momenten dat de persoon trek heeft in het middel (informationele steun). Echter, de beperkte diversiteit zorgt voor beperkte mogelijkheden waar ze op terug kunnen vallen als relaties stuklopen. Daarnaast missen ze vaak kennissen, collega's en burens waarvan ze steun kunnen ontvangen.

Hoe de samenstelling van het netwerk er ook uit ziet, mensen in behandeling blijken de beste uitkomsten te behalen wanneer ze steun van alle personen in hun netwerk ontvangen (Day, 2017), maar steun van familie speelt de belangrijkste rol om met de behandeling te beginnen, de behandeling te doorstaan, bij de uitkomst van de behandeling en de periode na de behandeling (Copello, Velleman, & Templeton, 2005; Gordon & Zrull, 1991; McCrady, 2004). Hierbij gaat het er voornamelijk om dat mensen met een middelenverslaving emotionele steun ontvangen. Als familieleden om verscheidende reden geen (emotionele) steun kunnen en/of willen geven, zullen andere intieme relaties uit het netwerk dit over moeten nemen, zoals een eventuele partner of hechte vrienden. Al met al hebben mensen met een verslaving een beperkte diversiteit in relaties, waardoor de afhankelijkheid van enkele personen groter is om de verschillende soorten steun te ontvangen en ze hierdoor mogelijk niet alle soorten steun ontvangen. Op basis van de literatuur wordt daarom verwacht dat (aanstaande) ouders met een verslaving weinig

diversiteit in soorten relaties hebben en daarmee afhankelijker zijn van een beperkt netwerk voor het ontvangen van verschillende soorten steun.

#### 2.4.3 Homogeniteit: verslavingsproblematiek in het sociale netwerk

Mensen in een netwerk hebben vaak overeenkomsten, zoals dezelfde attitudes. Een structureel kenmerk van netwerken dat aansluit op gelijkenis is homogeniteit, de mate waarin individuen in het netwerk op elkaar lijken (Berkman et al., 2000). Er zijn twee verklaringen voor het feit dat mensen vaak omgaan met anderen die op hen lijken, namelijk selectie en socialisatie. Selectie houdt in dat mensen sociale relaties aangaan op basis van hun nabijheid en gelijkenissen (McPherson, Smith-Lovin, & Cook, 2001), bijvoorbeeld twee mensen die bevriend raken door het beoefenen van een gezamenlijk hobby bij een plaatselijke vereniging. Een tweede verklaring voor het feit dat mensen omgaan met mensen die op hen lijken is socialisering. Socialisering is een proces waarbij mensen elkaars gedrag beïnvloeden en zich conformeren aan de normen van het netwerk, waardoor ze meer op elkaar gaan lijken (Clausen, 1968; Kandel, 1978).

Mensen beïnvloeden elkaar via normen en zijn geneigd om zich te conformeren aan de normen die in een bepaalde omgeving gelden. Volgens de *Additional Norms Approach* bestaan er twee soorten normen die mensen kunnen waarnemen, namelijk injunctieve en descriptieve normen (Reno, Cialdini & Kallgren, 1993). Injunctieve normen duiden een goed- en afkeuring aan, ze geven aan welk gedrag als moreel (on)juist beschouwd wordt door mensen uit het netwerk. Descriptieve normen duiden het feitelijke gedrag van mensen aan en laten zien wat het gepaste gedrag is. In veel situaties is het gepaste gedrag het gedrag dat door de meerderheid wordt vertoond. Mensen hebben bepaalde overtuigingen en gedragingen en vergelijken deze met de overtuigingen en gedragingen (de normen) van anderen in het netwerk (Festinger, 1954). Als de overtuigingen en gedragingen niet overeenkomen kan een individu de norm van de groep aannemen en deze eigen maken, internaliseren genoemd, waardoor de norm van de groep ook de norm van de persoon wordt. Deze manier van socialisatie gebeurt via observatie. Waar enerzijds het internaliseren van normen een indirecte manier van socialisering is, is anderzijds sociale druk een meer directe manier van socialisering waarbij mensen expliciet gewezen worden op de normen van de groep (Graham, Marks, & Hansen, 1991). Vervolgens wordt geprobeerd iemand te overtuigen, te monitoren of onder druk te zetten om bepaald gedrag te vertonen of een bepaalde overtuiging over te nemen.

Mensen gaan over het algemeen om met mensen die op hen lijken en dit zou kunnen betekenen dat mensen met een verslaving andere mensen met een verslaving in hun netwerk hebben. Volgens de selectieverklaring zouden mensen met een middelenverslaving in hun omgeving sociale contacten kiezen op basis van hun attitudes tegenover een middelenverslaving. Ze zouden omgaan met mensen die positief tegenover middelengebruik staan, die accepteren dat de ander middelen gebruikt en ze zouden eventueel samen het middel kunnen gebruiken. Uit onderzoek blijkt dat mensen die hevig drinken hun sociale netwerk zo vormen dat het alcoholgebruik in stand wordt gehouden (Homish & Leonard, 2008). Hoe meer alcohol de persoon drinkt, hoe meer mensen zich in het netwerk bevinden die ook hevige drinkers zijn en waarmee ze samen het middel gebruiken. Hierdoor wordt het verslavingsgedrag van de ouder in stand gehouden (McCrary, 2004). Volgens de socialiseringverklaring wordt het middelengebruik van mensen

beïnvloed door hun omgeving, waardoor mensen met een verslaving gesocialiseerd worden met normen en/of groepsdruk die niet aanmoedigen om te stoppen of te minderen met gebruik van het middel, maar juist aanmoedigen om het middel te gebruiken. Mensen drinken bijvoorbeeld meer alcohol als ze zich in een netwerk bevinden waar meerdere mensen alcohol drinken en het de descriptieve norm is om alcohol te drinken (Manuel, McCrady, Epstein, Cook, & Tonigan, 2007).

Mensen met een verslaving ontvangen nauwelijks steun van andere mensen met een verslaving in hun netwerk (Tracy & Biegel, 2006), omdat de relatie vaak gebaseerd is op het gebruik en de verkoop van het middel. Mensen hebben ruwweg twee soorten relaties, namelijk ‘communal’ en ‘exchange’ relaties (Clark & Mills, 1993). Individuen in communal relaties zijn bereid om de ander te helpen als hij hulp nodig heeft. Ze zijn meer geïnteresseerd in de noden van de ander dan in de balans van geven en nemen in de relatie. Daarentegen zijn individuen in exchange relaties gericht op het constant monitoren van de investeringen en de beloningen. Bovendien verwachten ze onmiddellijke wederdiensten van gelijke waarde/investering wanneer ze een ander hulp geboden hebben. Relaties die gebaseerd zijn op de verkoop van middelen en het gebruik van middelen kunnen beide als exchange relaties getypeerd worden. De relatie tussen iemand met een drugsverslaving en een dealer is een duidelijk voorbeeld van een relatie waarin de nadruk ligt op de balans van geven en nemen, want ik geef jou een bepaalde hoeveelheid middelen en voor die hoeveelheid geef je mij een bepaalde prijs. Een dealer verkoopt immers alleen middelen als hij de gewenste hoeveelheid geld ervoor ontvangt. Daarnaast is ook de relatie tussen gebruikers een exchange relatie, omdat ze dezelfde hoeveelheid tijd en energie in het samenkomen stoppen en als beloning het middel samen kunnen gebruiken, dat ze als meer bevredigend en gezelliger kunnen ervaren dan alleen gebruiken.

Voor mensen met een verslaving heeft de verslaving prioriteit en niet de relaties met anderen (VNN, 2016), waardoor ze niet zullen investeren in een exchange relatie zonder er onmiddellijk een gelijke beloning voor terug te krijgen. Met andere woorden, mensen met een verslaving zullen minimaal klaarstaan voor een ander met een verslaving als hij hulp nodig heeft. Mensen met een verslaving krijgen tijdens en na de behandeling minimale steun van anderen in het netwerk met een verslaving (Tracy & Biegel, 2006), omdat ze de voorheen gemeenschappelijke attitude over middelengebruik niet meer delen. De relatie is gebaseerd op het middelengebruik en als de norm over middelengebruik van een persoon verandert, omdat hij wil afkicken, sluit de attitude niet meer aan bij de personen die wel gebruiken. Alles overziend wordt verwacht dat in de netwerken van de verslaafde ouders zich mensen bevinden met een (middelen)verslaving en deze anderen zich niet positief opstellen tegenover de opname in een kliniek. Om deze redenen valt te verwachten dat (aanstaande) ouders in verhouding minder sociale steun zullen ontvangen van mensen met een verslavingsprobleem dan van andere mensen in het netwerk (zonder verslavingsproblemen).

#### 2.4.4 Deelvragen over structurele kenmerken van sociale het netwerk en sociale steun

Om de centrale onderzoeksvraag ‘Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit en wat maakt dat zij dit netwerk als meer of minder



ondersteunend ervaren voor het herstel van een middelenverslaving?’ van dit verkennende onderzoek te kunnen beantwoorden is ervoor gekozen om deelvragen op te stellen. Op basis van de beschrijving van de drie structurele netwerkkenmerken die een rol spelen bij het ervaren van sociale steun zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit?
2. Van wie ontvangen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek (welke soort) steun en hoe ziet die steun eruit?

Naast de twee deelvragen over structurele kenmerken van het netwerk, is naar aanleiding van paragraaf 2.2 en in het verlengde van deelvraag 2 ook een deelvraag opgesteld over de functie sociale steun die het netwerk biedt. De volgende deelvraag over de functie sociale steun is opgesteld:

3. Wat is de betekenis van ervaren steun uit het sociale netwerk in een gezinskliniek voor verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen voor hen persoonlijk en voor hun herstel?

## 2.5 Kenmerken van relaties in het sociale netwerk en sociale steun

Er volgt nu een beschrijving van de kenmerken van de relaties in het netwerk die uit het conceptuele model van Berkman et al. (2000) en de literatuur naar voren komen als kenmerken die een rol spelen bij het ervaren van sociale steun. De kenmerken die worden beschreven zijn (1) de frequentie en vorm van het contact, (2) de intimiteit van de relaties en (3) of er sprake is van wederkerigheid. Alle drie de relationele kenmerken komen in de literatuur naar voren als zowel belemmerende factoren als bevorderende factoren voor het ervaren van sociale steun.

### 2.5.1 Frequentie en vorm van contact

Een eerste kenmerk van relaties in een netwerk is de hoeveelheid contact dat mensen met elkaar hebben. Hoe meer contact mensen met elkaar hebben, hoe meer gelegenheden er zijn om elkaar steun te bieden. Mensen kunnen real life (face-to-face) contact hebben, met andere woorden is men fysiek bij elkaar aanwezig tijdens het contact, en niet real life contact. Niet real life contact kan bestaan uit online contact via internet en mobiele telefoons, zoals via applicaties als WhatsApp en FaceTime. Mensen ervaren real life contact als meer ondersteunend dan online contact (Mesch & Talmud, 2006). Als mensen fysiek bij elkaar aanwezig zijn kunnen ze gezamenlijk activiteiten ondernemen en bijvoorbeeld een arm om de ander heen slaan als troostgebaar, waardoor de intimiteit van de relatie versterkt of behouden wordt.

Mensen met een verslaving vermijden vaak contact met mensen uit hun sociale netwerk (Hammink et al., 2012), omdat ze niet geconfronteerd willen worden met de zorgen van naasten en zich schamen voor de verslaving en de gevolgen van de verslaving, zoals hun gedrag en financiële situatie. Mensen ontwikkelen een verslaving meestal geleidelijk. Na een periode van uitproberen en/of sociaal gebruik kan het gebruik overgaan in overmatig en schadelijk gebruik van middelen, met andere woorden een verslaving. Uiteindelijk draait bijna alles om het gebruik van het middel en is de afhankelijkheid zo groot

geworden dat er problemen in relaties ontstaan (VNN, 2016). Tijdens de periode waarin de verslaving ontstaat verslechteren de relaties met mensen uit het sociale netwerk (Orford et al., 2005; Soye, 2006). Familieleden en naasten maken zich vaak zorgen, maar mensen die verslaafd zijn zitten in een patroon van verdediging en ontkenning. Ze trekken zich terug, communiceren minder en gedragen zich fysiek en/of verbaal agressief. De agressie wordt groter naarmate het middel is uitgewerkt en er behoefte is aan het opnieuw innemen van alcohol of drugs. Ook kunnen mensen met een middelenverslaving zorgen van naasten als bemoeienis ervaren en dit leidt vaak tot conflicten. Daarnaast schamen mensen met een middelenverslaving zich voor hun verslaving en kunnen ze te maken krijgen met stigmatisering (Blaauw, Anthonio, van der Meer & van den Bos, 2018; van Erp & van der Meulen, 2017). Vervolgens proberen ze deze gevoelens te onderdrukken met alcohol en/of drugs en sluiten ze zich af van de buitenwereld, waardoor het voor mensen in het netwerk lastiger wordt om contact te krijgen met de verslaafde persoon. Voorbeelden zijn het niet opnemen van de telefoon of doen alsof ze niet thuis zijn. De frequentie van het contact neemt hierdoor af, waardoor er ook minder gelegenheden zijn om steun te ontvangen.

Ouders met een verslaving moeten hun eigen omgeving en woonplaats verlaten als ze een klinische behandeling ondergaan, waardoor ze vaak een behoorlijk fysieke afstand moeten overbruggen om real life contact te hebben met mensen uit hun sociale netwerk. Dit geldt andersom ook voor naasten als ze de ouder willen opzoeken. Daarnaast beslaat een klinische behandeling gehele dagen, waardoor er weinig mogelijkheden zijn om mensen uit de oorspronkelijke woonplaats te bezoeken. Wel mogen belangrijke personen zo nu en dan als onderdeel van de behandeling (tijdens therapie) langskomen in een kliniek, zijn er bezoeken in het weekend en hebben ze mogelijkheden voor online contact met naasten, zoals via de mobiele telefoon (VNN, 2019). Naast de fysieke afstand en beperkte mogelijkheden voor real life contact, zijn naasten vaak gekwetst en is het vertrouwen in de persoon met de verslaving afgenomen. Al met al verslechteren relaties gedurende de verslaving, maar hier is in de behandeling vaak aandacht voor met bijvoorbeeld systeemtherapie en therapieën waardoor men inzicht krijgt in het eigen (verslavings-)gedrag. Voor gezinskliniek de Borch wordt dit in hoofdstuk III toegelicht. Verder is er tijdens de behandeling frequent real life contact met lotgenoten, omdat ze op dezelfde plek verblijven en groepstherapieën volgen. Vanwege de kliniek waar (aanstaande) ouders verblijven is de verwachting dat ze vaker niet real life contact zullen hebben met mensen uit hun sociale netwerk dan real-life contact. Bovendien is de verwachting dat relaties hersteld moeten worden en hoe vaker men (real-life en niet real-life) contact heeft met mensen uit het sociale netwerk, hoe meer steun er ervaren wordt, omdat er zich dan meer mogelijkheden voordoen om steun te ervaren.

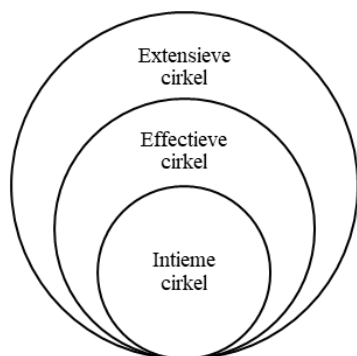
### 2.5.2 Intimiteit van relaties

Als mensen een sociale relatie hebben is niet alleen de frequentie van het contact (de kwantiteit) van belang, maar ook de intimiteit van het contact (de kwaliteit) (Gordon & Zrull, 1991). De intimiteit van een relatie kan geclassificeerd worden op basis van de emotioneel-relatieve afstand tussen twee personen. Het model van Kapferer (1973) maakt onderscheid tussen de intieme cirkel, de effectieve cirkel en de extensieve cirkel die drie kringen van relaties weergeven zoals in figuur 2 (op de volgende pagina) te zien

is. De intieme cirkel is de binnenste kring en bestaat uit personen waarmee iemand langdurige en betekenisvolle relaties heeft, zoals een partner en familie. De effectieve cirkel bestaat uit personen waarmee iemand graag en regelmatig omgaat en neemt de middelste ring in beslag, zoals vrienden en lotgenoten. De extensieve cirkel bestaat uit mensen die iemand persoonlijk kent, maar met wie het contact onregelmatig of incidenteel is, zoals kennissen, collega's en burens. Van mensen in de intieme cirkel wordt betekenisvollere steun ervaren dan van mensen in de effectieve cirkel en van de mensen in de effectieve cirkel wordt betekenisvollere steun ervaren dan van mensen in de extensieve cirkel.

Mensen met relaties in verschillende cirkels ontvangen verschillende soorten steun, maar door de verslaving zijn er vaak problemen ontstaan in relaties waardoor ze minder steun ontvangen. Naast zonder verslavingsproblemen voelen zich vaak gekwetst en het vertrouwen is meestal beschadigd, waaronder de intimiteit van de relatie te lijden heeft (Macdonald et al., 2003; Velleman et al., 1993). Voornamelijk voor relaties in de intieme sfeer is het problematisch als relaties aangetast zijn, omdat dit vaak familieleden betreffen die juist de belangrijkste rol spelen bij een behandeling voor verslaving (Copello et al., 2005; Gordon & Zrull, 1991; McCrady, 2004). Deze mensen bieden de meeste emotionele steun in de vorm van hoop en aanmoediging door een ouder eraan te herinneren hoe hij zich voor de behandeling gedroeg en hoe dit leven eruitzag, en hoe het leven eruit kan zien als hij doorgaat met de behandeling (Copello et al., 2005). De ouder kan door deze steun zich beseffen dat doorgaan met de behandeling perspectief biedt op een

ander leven en hij optimistischer over de toekomst wordt.



In de effectieve cirkel vallen relaties met lotgenoten. Lotgenoten geven het gevoel niet de enige ouder met een verslaving te zijn, waardoor ouders zich minder alleen voelen. Als ouders gesprekken voeren met andere ouders kunnen soortgelijke ervaringen naar voren komen en worden ze herinnerd aan de mogelijkheid van

verandering en kunnen ze elkaar advies geven (Best et al., 2012). Al met al groeit het geloof van mensen met een verslaving in herstel als ze omgaan met anderen die ook herstellen. De personen in de extensieve cirkel bieden daarentegen weinig steun, omdat mensen in een kliniek hun collega's en burens achtergelaten hebben en het contact in deze cirkel incidenteel is. Afrondend wordt er verwacht dat verslaafde ouders de belangrijkste steun van mensen in de intieme cirkel ontvangen, daarna van mensen in de effectieve cirkel en tot slot van mensen in de extensieve cirkel.

*Figuur 2: Model van Kapferer (1973)*

### 2.5.3 Wederkerigheidsbalans van relaties

In een relatie wisselen mensen gedachten en gedrag uit. Deze uitwisseling tussen twee personen kan over een langere periode twee vormen aannemen, namelijk een wederkerige, gelijkwaardige uitwisseling of een ongelijke uitwisseling. Bij een wederkerige uitwisseling is er sprake van een balans in het geven en nemen en bij een eenzijdige uitwisseling is er sprake van een verstoorde balans. Volgens de *Equity Theory* (billijkheidstheorie) hebben mensen een voorkeur voor een balans van geven en nemen in een relatie (Adams, 1963). De norm van reciprociteit helpt om een balans van geven en nemen in stand te houden. Als persoon A op een bepaald moment persoon B heeft geholpen, weet persoon A dat persoon B hem of haar op een later moment zal helpen (Gouldner, 1960). Als deze norm niet wordt nageleefd ervaren mensen stress, want dan is de balans verstoord (Adams, 1963).

Mensen met wederkerige relaties ontvangen over de tijd meer steun dan mensen met eenzijdige relaties, omdat wederkerige relaties langer standhouden. Mensen houden zelf bij wat ze bijdragen aan een relatie en ontvangen van de ander. Vervolgens evalueren ze de relatie door de ratio van investeringen en beloningen automatisch af te wegen. Wanneer een persoon in een relatie meer steun geeft dan de persoon van de ander ontvangt, kan hij het idee krijgen dat hij onrechtvaardig behandeld wordt en bijvoorbeeld wordt uitgebuit (Adams, 1963). Ze bevinden zich dan in een niet-wederkerige relatie, want de norm van reciprociteit wordt geschonden. Een gevolg kan zijn dat de persoon die meer steun geeft minder gaat investeren in de relatie en zelfs de relatie kan ‘opzeggen’, waardoor hij minder steun biedt aan de ander. Verder wordt de norm van reciprociteit ook geschonden wanneer een persoon meer steun in een relatie ontvangt dan hij geeft. In zo een situatie kunnen er gevoelens van schuld en schaamte naar boven kunnen komen, bijvoorbeeld omdat de persoon het gevoel krijgt afhankelijk te zijn van de ander (Liang, Krause, & Bennet, 2001). Mensen met wederkerige steunrelaties ervaren daarentegen minder negatieve en meer positieve stemmingen bij het ontvangen van emotionele steun bij dagelijkse stressoren (Gleason, IJda, Bolger, & Shrout, 2003).

Om een wederkerigheidsbalans in een relatie te kunnen krijgen en/of behouden moeten de twee personen beide investeren in de relatie, maar relaties van mensen met een verslaving zijn vaak uit balans. Om te kunnen investeren in een relatie moeten beide personen beschikken over middelen, zoals tijd, geld en energie. Het is bekend dat sociale netwerken krimpen als mensen kinderen krijgen, omdat er minder vrije tijd is en je als ouder andere routines hebt dan bijvoorbeeld dan vrienden zonder kinderen (Day, 2017). Daarnaast zijn (aanstaande) ouders met een verslavingsprobleem, naast hun rol als ouder, ook lichamelijk en geestelijk afhankelijk van een middel. Mensen die afhankelijk van een middel zijn besteden veel tijd aan het gebruik en herstel (VNN, 2016), die bijvoorbeeld niet aan sociale contacten besteed kan worden. Bovendien hebben mensen met een verslaving ook sterke verlangens om het middel te gebruiken, waardoor hun prioriteit ligt bij het verschaffen van (geld voor) het middel. Al met al ligt de prioriteit van

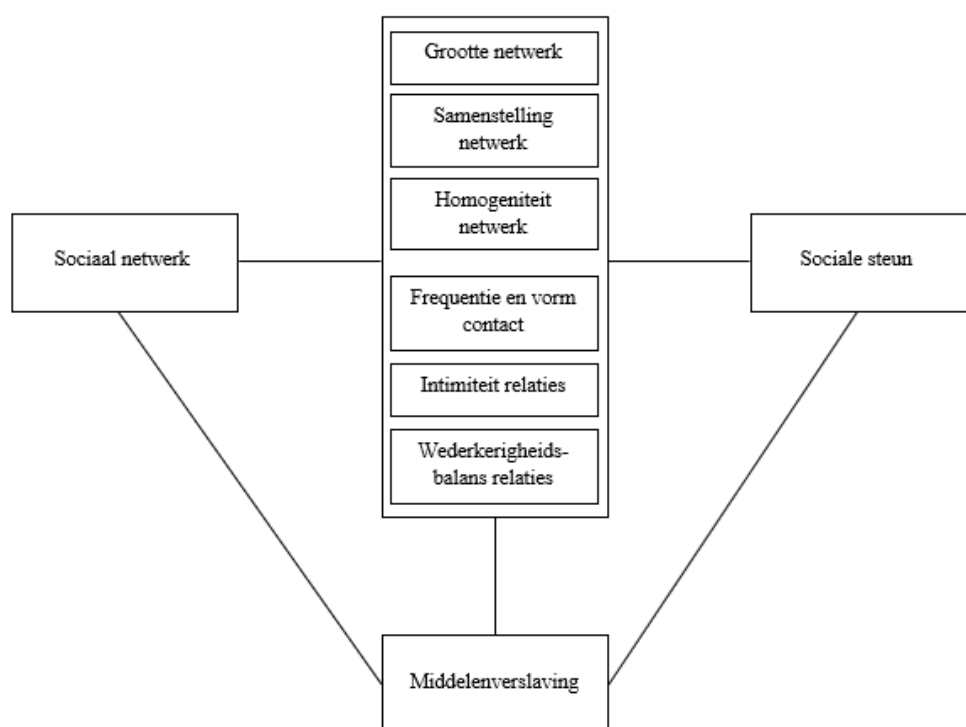
mensen met een verslavingsprobleem bij de verslaving, en niet bij de mensen om hen heen, waardoor ze nauwelijks in relaties investeren (Orford et al., 2005; Peirce, Frone, Russell, Cooper, & Mudar, 2000). Het gevolg is dat de wederkerigheidsbalans in gevaar komt en naasten zich uitgebuit voelen. Mensen die omgaan met een persoon met een verslaving vinden dit meestal zwaar en het kan tot fysieke, psychologische, sociale en emotionele problemen leiden (Soyez, 2006; Velleman et al., 1993), waardoor mensen op een gegeven moment minder gaan investeren in de relatie. De gevolgen voor de relatie hangt (onder andere) af van het soort middel dat gebruikt wordt, het verloop van de verslaving gedurende de tijd en de aard van de relatie (Krishnan et al., 2001; MacDonald et al., 2003). Vaak is de impact op naasten groter als personen al langere periodes verslaafd zijn waarin ze bijvoorbeeld meerdere terugvallen hebben gehad, en de personen dichtbij staan, zoals familieleden en partners. Al met al wordt verwacht dat relaties door een verslaving onder druk komen te staan, waardoor een ongelijke wederkerigheidsbalans ontstaat en mensen met een verslaving meer steun ontvangen dan dat ze geven.

#### 2.5.4. Deelvragen over relatiekenmerken in het sociale netwerk en sociale steun

Om de centrale onderzoeksvraag ‘Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit en wat maakt dat zij dit netwerk als meer of minder ondersteunend ervaren voor het herstel van een middelenverslaving?’ van dit verkennende onderzoek te kunnen beantwoorden is ervoor gekozen om deelvragen op te stellen. Op basis van de beschrijving van de drie kenmerken van de relaties in het netwerk die een rol spelen bij het ervaren van sociale steun zijn de volgende deelvragen opgesteld:

4. Met wie hebben verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek contact, op welke manier en hoeveel hebben ze contact en wat betekent dit contact voor het ervaren van sociale steun?
5. Hoe beoordelen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek de intimiteit van hun relaties en wat betekent de intimiteit van de relaties voor het ervaren van sociale steun?
6. Hoe beoordelen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek de wederkerigheidsbalans van hun relaties en wat betekent de wederkerigheidsbalans van de relaties voor het ervaren van sociale steun?

#### 2.6 Het samengestelde model



*Figuur 3: Samengestelde model*

Op basis van het literatuuronderzoek is in figuur 3 een model samengesteld. De figuur laat zien dat het sociale netwerk door middel van de grootte van het netwerk, de samenstelling van het netwerk, de homogeniteit in het netwerk als het gaat om verslavingsproblematiek, de frequentie en vorm van het contact, de intimiteit van relaties en de wederkerigheidsbalans van relaties invloed heeft op de ervaren sociale steun. Daarnaast heeft een middelenverslaving een direct effect op de sociale steun, maar ook een indirect effect op sociale steun via de invloed op de grootte van het netwerk, de samenstelling van het netwerk, de homogeniteit in het netwerk als het gaat om verslavingsproblematiek, de frequentie en vorm van het contact, de intimiteit van relaties en de wederkerigheidsbalans van relaties. Bij het model is het van belang om te vermelden dat de figuur associaties weergeeft en geen causale verbanden, waardoor er niet uitgesloten wordt dat bijvoorbeeld ervaren steun invloed heeft op de middelenverslaving en de middelenverslaving invloed heeft op de sociale netwerkenmerken. Om deze reden zijn er geen pijlen, maar lijnen in het model opgenomen.

### III. GEZINSKLINIEK DE BORCH

---

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan gezinskliniek de Borch en welke rol het sociale netwerk inneemt bij de behandeling. Eerst wordt informatie gegeven over de gezinskliniek en wordt uitgelegd hoe de behandeling eruitziet. Vervolgens wordt besproken wat er gedaan wordt om het sociale netwerk bij de behandeling te betrekken en wordt hier een deelvraag over geformuleerd. Tot slot wordt in de laatste paragraaf een overzicht van de centrale onderzoeksvraag en deelvragen in tabel 1 gegeven.

#### 3.1 Gezinskliniek de Borch

In 1995 heeft VNN de enige kliniek in Nederland opgericht waarin ouders met verslavingsproblematiek opgenomen kunnen worden met hun kind(eren). Een opname in de Borch betreft een klinische opname, wat inhoudt dat gezinnen voor een bepaalde periode in de kliniek wonen. Hiervoor moeten ze hun huis en omgeving verlaten en lichamelijk ontwennen (afkicken) van het middel. Het ontwennen gebeurt in de VNN kliniek Vossenloo in Eelde (VNN, 2019). Het doel van de opname en de behandeling is om een leven zonder verslaving op te bouwen, waarbij het gezin zelfstandig (met zo weinig mogelijk hulpverlening) kan functioneren in de maatschappij (VNN, 2019). Cliënten kunnen op twee verschillende manieren bij de Borch terechtkomen. Een eerste weg is een vrijwillige aanmelding via de huisarts of bij VNN. Een tweede weg is een afgedwongen aanmelding waarbij de Raad van de Kinderbescherming en justitie betrokken zijn. De kinderen zijn in deze gevallen door een rechter onder toezicht gesteld (OTS), omdat de ontwikkeling van de kinderen in gevaar komt door de thuissituatie (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019). Ouders lopen in dit geval het risico om het ouderlijk gezag kwijt te raken als ze niet meewerken aan een behandeling voor verslavingsproblematiek. Ook lopen ze dit risico als ze de behandeling met een negatief advies afsluiten.

Gezinskliniek de Borch heeft ruimte voor twaalf gezinnen en vier zwangere vrouwen (VNN, 2019). Iedereen heeft een eigen appartement en maakt gebruik van de gezamenlijke eet-/woonkamer en tuin. In het gebouw is een crèche voor de jonge kinderen en oudere kinderen gaan naar de basisschool die naast de Borch ligt. Alle bewoners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken. Onder begeleiding van medewerkers houden de cliënten het huis schoon en zorgen ze ervoor dat er gezond en op tijd wordt gegeten. Cliënten volgen individuele en groepsbehandelingen als de kinderen naar de crèche/school zijn. Ook worden ze ondersteund bij de opvoeding van de kinderen en sociaal-maatschappelijke zaken. Bovendien is er een ‘infant mental health specialist’ die kinderen met psychische problematiek kan behandelen, bijvoorbeeld als kinderen een trauma hebben opgelopen. Het is van belang dat de cliënten en kinderen regelmatig wordt geboden, waardoor de dagen op de Borch een vaste structuur hebben. Cliënten leren op deze manier hoe ze hun dagen zonder verslaving in moeten delen en het biedt veiligheid en duidelijkheid voor de kinderen (VNN, 2019). Figuur 4 geeft een voorbeeld van een weekprogramma weer waarin te zien is dat iedereen elke dag om 7.30 uur bij het ontbijt verwacht wordt en om 20.00 uur bij de dagafsluiting. Ook is te zien dat deze cliënt onder andere groepstherapie, beeldende therapie (BT) en een verslavingspatronengroep (VGP) volgt.



Een opname in de Borch duurt gemiddeld negen maanden en bestaat uit drie fasen, namelijk de instroomfase, de behandelfase en de uitstroomfase (VNN, 2019). Tijdens de instroomfase maken cliënten en kinderen kennis met de Borch, de medewerkers en de andere bewoners. Ze leren zich aan te passen aan de regels van het huis. Ook beginnen ze met hulp van een sociaal-juridisch medewerker met een inventarisatie van justitie- en schuldzaken en wordt er een behandelplan opgesteld. Na de instroomfase komt de cliënt in de behandelfase. Tijdens de behandelfase is het doel om inzicht te krijgen in het (verslavings-)gedrag en te oefenen met 'nieuw' gedrag. Hierbij hoort het praten over de redenen van de middelenverslaving en hoe ze in de toekomst kunnen voorkomen dat het gebruik terugkeert. Verder wordt er aandacht besteed aan de opvoeding van de kinderen, wordt het contact met vrienden en familie aangehaald en leren cliënten onder begeleiding hun eigen financiële situatie te beheren. In het laatste gedeelte van deze fase gaan cliënten ook aan de slag met de invulling van hun (vrije) tijd, ze denken bijvoorbeeld na over welk (vrijwilligers)werk en welke sport ze willen gaan doen als ze de kliniek verlaten. Tijdens de laatste fase, de uitstroomfase, verhuizen cliënten naar een eigen appartement met keuken binnen de Borch. Ze krijgen een weekbudget, zorgen dat ze rondkomen van het geld en koken hun eigen maaltijden. Bovendien richt deze fase zich op de toekomst buiten de kliniek, waardoor cliënten meer tijd buitenshuis door mogen brengen en ze zich voorbereiden op het verhuizen en het zelfstandig functioneren in de maatschappij. Tot slot wordt er een nazorgplan opgesteld en kunnen cliënten na de behandeling een nazorgprogramma volgen waarbij ze eens in de twee weken terugkomen op de Borch om hun herstel te bespreken.

PROGRAMMA WEEK: ...					
	MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG
7:30 - 8:45	7:30 Ontbijt 8:00 - 8:30 Medicatie 8:30 App. opgeruimd	7:30 Ontbijt 8:00 - 8:30 Medicatie 8:30 App. opgeruimd	7:30 Ontbijt 8:00 - 8:30 Medicatie 8:30 App. opgeruimd	7:30 Ontbijt 8:00 - 8:30 Medicatie 8:30 App. opgeruimd	7:30 Ontbijt 8:00 - 8:30 Medicatie 8:30 App. opgeruimd
8:45 - 9:00	Dagopening + doelen	Dagopening + doelen	Dagopening + doelen	Dagopening + doelen	Dagopening + doelen
9:00 - 10:00	Corvee	Groepstherapie	Corvee	Groepstherapie	Groepstherapie
10:00 - 10:30	Koffie	Koffie	Koffie	Koffie	Koffie
10:30 - 11:45	Pedagogische groep ouders 1+	B.T. groep	Schrijfgroep	Vrouwengroep	Lijfwerk
12:00 - 12:30	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
13:00 - 14:45	VPG	13:00 AV 13:10 Corvee		13:00 Corvee 14:00 Menulist	13:15 spelmiddag
14:45 - 17:10	15:30 / 17:00 Running			15:30 / 17:00 Running	
17:10 - 17:40	Warme maaltijd	Warme maaltijd	Warme maaltijd	Warme maaltijd	Warme maaltijd
17:40 - 18:15	Corvee	Corvee	Corvee	Corvee	Corvee
18:15 - 20:00					
20:00 - 20:30	Koffie + dagafsluiting	Koffie + dagafsluiting	Koffie + dagafsluiting	Koffie + dagafsluiting	Koffie + dagafsluiting
20:30 - 22:00	21:00 Medicatie	21:00 Medicatie	21:00 Medicatie	21:00 Medicatie	21:00 Medicatie
22:00	Bedtijd	Bedtijd	Bedtijd	Bedtijd	Weekplanning + Budgetschrift Bedtijd

Figuur 4: Voorbeeld weekprogramma de Borch

### 3.2 Gezinskliniek de Borch en het sociale netwerk van cliënten

Binnen de Borch gelden verscheidende afspraken voor contact met mensen buiten de kliniek (VNN, 2019).

Tijdens de eerste twee weken mogen cliënten geen contact hebben met de buitenwereld. Daarna mogen cliënten in overleg met sociotherapeuten in de weekenden en op feestdagen bezoek ontvangen tussen 10.30 en 17.00 uur. Voordat bezoek ontvangen mag worden, worden de personen eerst gescreend door een systeemtherapeut. Hierbij worden vragen gesteld over de relatie, eventueel middelengebruik en wat de persoon in het dagelijks leven doet. Bezoek dat ook problemen heeft met middelen of onder invloed is van middelen wordt niet toegelaten in de kliniek. Als cliënten ongeveer in het midden van de behandelfase zitten mogen ze ook verlofverzoeken indienen om bijvoorbeeld een dag in het weekend naar huis te gaan. Deze verzoeken worden bij het wekelijks multidisciplinair overleg besproken en vervolgens krijgt de cliënt wel of geen toestemming voor verlof. Verder mogen cliënten hun mobiele telefoon in eigen beheer hebben, maar wordt de telefoon alleen buiten therapietijden en groepsactiviteiten gebruikt en blijft de telefoon in het eigen appartement. Voor zakelijke telefoongesprekken is er een algemene telefoon en ook kan er op de afdeling gebruik worden gemaakt van een computer. Tot slot wordt post op de afdeling afgeleverd.

Naast contact met het sociale netwerk op eigen initiatief, is het aanhalen van contacten ook een onderdeel van de behandeling op de Borch (VNN, 2019). Twee systeemtherapeuten verzorgen op de Borch de gezins- en relatietherapie. Systeemtherapeuten bekijken psychische problematiek in hun relationele, sociale en culturele context, met andere woorden het systeem waar de cliënten deel van uitmaakt, en wordt veelal toegepast als behandeling voor mensen met een verslaving (Langeland, 2019). Om die reden worden belangrijke anderen, zoals de partner en familieleden, direct bij de therapie betrokken. Cliënten op de Borch hebben minstens één keer per week een individuele afspraak met een systeemtherapeut waarbij ingegaan wordt op het sociale netwerk en de relaties van de cliënt. Het doel is om familie en vrienden te betrekken bij de behandeling, zodat relaties die onder druk staan verbeteren en herstellen (VNN, 2019).

Voor familieleden en naasten geldt dat ze aan het begin van de opname (met goedkeuring van de cliënt) een brief van een systeemtherapeut ontvangen waarin kort de behandeling wordt uitgelegd en hoe ze contact kunnen opnemen. Daarnaast bepalen cliënten samen met een sociotherapeut in de eerste vier weken van de opname welke belangrijke mensen uitgenodigd moeten worden tijdens een gesprek met een systeemtherapeut. Aan het einde van de behandeling vindt er bovendien een ‘belangrijke mensen gesprek’ plaats waarbij besproken wordt wat belangrijke mensen in de omgeving kunnen doen als ze merken dat het niet goed gaat met de cliënt en bijvoorbeeld een terugval krijgt. Ook mag de cliënt bij ontslag uit de kliniek belangrijke naasten uitnodigen om bij het afscheid aanwezig te zijn. Tot slot worden er tweemaal per jaar familiedagen georganiseerd, waarbij familieleden en belangrijke naasten een dag doorbrengen op de Borch om een beeld te krijgen van de kliniek en de behandeling.

### 3.3 Deelvraag over gezinskliniek de Borch

Om de centrale onderzoeksvraag van dit verkennende onderzoek te kunnen beantwoorden is ervoor gekozen om deelvragen op te stellen. Op basis van de informatie over de behandeling en oriënterende gesprekken met behandelaren en een systeemtherapeut van de Borch is de volgende deelvraag opgesteld:

7. Wat vinden cliënten die zijn opgenomen in gezinskliniek de Borch van de wijze waarop hun netwerk bij de behandeling betrokken wordt en hoe zou dit volgens hen verbeterd kunnen worden?

### 3.4 Overzicht centrale onderzoeksvraag en deelvragen

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen die geformuleerd zijn op basis van literatuur in het theoretisch kader en gegevens over gezinskliniek de Borch.

Tabel 1: Overzicht centrale onderzoeksvraag en deelvragen

<p><u>Centrale onderzoeksvraag:</u></p> <p>Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit en wat maakt dat zij dit netwerk als meer of minder ondersteunend ervaren voor het herstel van een middelenverslaving?</p>	
	<p><u>Deelvragen</u></p>
<p>Structurele kenmerken van het netwerk en sociale steun</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit?</li> <li>2. Van wie ontvangen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek (welke soort) steun en hoe ziet die steun eruit?</li> <li>3. Wat is de betekenis van ervaren steun uit het sociale netwerk in een gezinskliniek voor verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen voor hen persoonlijk en voor hun herstel?</li> </ol>
<p>Kenmerken van relaties in het netwerk en sociale steun</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Met wie hebben verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek contact, op welke manier en hoeveel hebben ze contact, en wat betekent dit contact voor het ervaren van sociale steun?</li> <li>5. Hoe beoordelen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek de intimiteit van hun relaties en wat betekent de intimiteit van de relaties voor het ervaren van sociale steun?</li> <li>6. Hoe beoordelen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek de wederkerigheidsbalans van hun relaties en wat betekent de wederkerigheidsbalans van de relaties voor het ervaren van sociale steun?</li> </ol>

Gezinskliniek de Borch	7. Wat vinden cliënten die zijn opgenomen in gezinskliniek de Borch van de wijze waarop hun netwerk bij de behandeling betrokken wordt en hoe zou dit volgens hen verbeterd kunnen worden?
------------------------	--

## IV. METHODE

---

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode uiteengezet. Dit onderzoek in opdracht van VNN en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is verkennend van aard en daarom is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek met een aanvullend kwantitatief onderdeel. Vanwege deze combinatie kan er ook gesproken worden van ‘mixed methods’. Het methodehoofdstuk is opgesteld aan de hand van de COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist, zie bijlage 8.8.

### 4.1 De onderzoeksopzet

Vanwege het verkennende karakter van het onderzoek is gekozen om informatie te verzamelen met behulp van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Kwalitatief onderzoek sluit aan bij het verkennende karakter van dit onderzoek, omdat via deze methode verwachtingen, ervaringen en gedachten achterhaald konden worden (Hennink, Hutter, & Bailey, 2011). Bovendien speelt bij dit onderzoek de context een grote rol, namelijk het sociale netwerk waar verslaafde ouders die voor een behandeling in een kliniek zijn opgenomen zich in bevinden. Hiervoor wordt kwalitatief onderzoek als een geschikte methode beschouwd. Het gaat om de belevingswereld van de cliënten, hoe zij hun sociale netwerk beoordelen en in welke mate ze sociale steun vanuit hun netwerk ervaren. Deze kwalitatieve benadering wordt ook wel de interpretatieve benadering genoemd (Hennink et al., 2011). In dit onderzoek gaat het om het perspectief van de ouders, waarbij met name de subjectieve betekenissen en belevenissen van belang zijn.

In het kwalitatieve deel van het onderzoek is gebruik gemaakt van face-to-face diepte-interviews. Tijdens deze interviews zijn interviewer en participant dieper ingegaan op sociale netwerken en sociale steun waarbij de interviewer erachter probeerde te komen wat de gedachten en gevoelens zijn van een participant bij dit onderwerp. Een diepte-interview wordt ook wel een gesprek met een doel genoemd, omdat de interviewer aan de hand van een (semigestructureerd) interviewschema inzicht probeerde te krijgen in sociale netwerken van ouders met een middelenverslaving en de sociale steun die ze ervaren (Hennink et al., 2011). In het huidige onderzoek hebben de onderzoeksvraag, de deelvragen en het theoretisch kader de basis voor het interviewschema gevormd. De structuur van het theoretisch kader en de vragen van het onderzoek zijn terug te vinden in het interviewschema, zoals in paragraaf 4.3 besproken wordt.

De gesprekken met ouders kenden naast een groot kwalitatief deel, namelijk de face-to-face diepte-interviews, ook uit een kleiner kwantitatief onderdeel. Dit kwantitatieve onderdeel bestond uit afname van de vragenlijst ‘Sociale Steun Lijst – Interacties’ (SSL-I) (van Sonderen, 1993). Deze vragenlijst bestaat uit 34 items die betrekking hebben op allerlei vormen van interacties waar men zich gesteund door kan voelen, zoals het geven van een knuffel of het bieden van een luisterend oor. Er is voor gekozen om met behulp van een vragenlijst de hoeveelheid ervaren sociale steun in kaart te brengen, zodat er een vergelijking gemaakt kon worden in de hoeveelheid (verschillende soorten) sociale steun die verslaafde ouders ervaren. Een kwantitatieve benadering richt zich namelijk op de vraag hoe vaak/in welke mate bepaalde factoren, gedachten etc. voorkomen, waarbij het om feiten en getallen gaat (Hennink et al., 2011). Zo een

vergelijking is in dit onderzoek van belang, omdat het doel van het onderzoek is om erachter te komen wat maakt dat de ene ouder meer sociale steun ervaart vanuit zijn sociale netwerk dan de andere ouder. De vragenlijst is hierbij een aanvulling op de resultaten van de face-to-face interviews geweest. Zo heeft de vragenlijst geholpen bij het beantwoorden van deelvraag 2. De vragenlijst gaf namelijk informatie over de soort en hoeveelheid steun die ouders ontvangen. Bovendien is de vragenlijst ook als ‘controlemiddel’ gebruikt tijdens het interview. Participanten visualiseerden in het interview eerst hun sociale netwerk en vulden vervolgens de vragenlijst in. Na het invullen van de vragenlijst is gevraagd of ze tijdens het invullen van de vragenlijst ook aan personen gedacht hebben die ze niet opgeschreven hebben bij het visualiseren van hun sociale netwerk, bijvoorbeeld omdat ze deze personen in eerste instantie waren vergeten en ze tijdens het invullen van de vragenlijst eraan herinnerd werden dat deze personen ze ook steun bieden tijdens de behandeling. Kortom, gegevens om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden zijn verzameld aan de hand van ‘mixed methods’, namelijk face-to-face diepte-interviews en een aanvullende vragenlijst. Daarnaast zijn vijf deelvragen beantwoord met gegevens uit de diepte-interviews en is deelvraag 2 beantwoord met gegevens uit de diepte-interviews en aangevuld met data uit de vragenlijst.

#### 4.2 Oriënterende gesprekken

Voorafgaand aan het onderzoek is het van belang om een indruk te krijgen van hoe de behandeling op gezinskliniek de Borch eruitziet. Om deze reden heeft de onderzoeker tijdens een stageperiode (voorafgaand aan het onderzoek) verscheidende oriënterende gesprekken gehouden met de regiebehandelaar en een ‘infant mental health specialist’ (beide hoofdbehandelaars) die werkzaam zijn bij de Borch. Door de gesprekken is een eerste beeld ontstaan over hoe het verblijf in de gezinskliniek eruitziet en via welke wegen ouders hier terecht kunnen komen. Ook is informatie verkregen over de doelgroep en kon hier rekening mee worden gehouden tijdens de werving en de interviews, bijvoorbeeld door het taalgebruik in de informatiebrief en het interview aan te laten sluiten bij de beleavingswereld van de cliënten.

Daarnaast heeft de onderzoeker tijdens de stage ter oriëntatie een dag meegelopen met een systeemtherapeut voor kinderen van verslaafde ouders van VNN. Op deze manier kon een beeld verkregen worden van de problematiek binnen de gezinnen en de manier waarop een systeemtherapeut te werk gaat. Naast deze oriëntatie hebben gesprekken met een systeemtherapeut van de Borch plaatsgevonden om een beeld te krijgen van hoe het sociale netwerk van cliënten op dit moment zijn plek inneemt in de behandeling. Welke personen worden bijvoorbeeld wel meegenomen in de gesprekken en welke niet? Hoe reageren ouders op de systeemtherapie? Er is door deze gesprekken meer inzicht verkregen in de leefwereld van de cliënten en de rol van het sociale netwerk in de behandeling.

#### 4.3 Het interviewschema en de vragenlijst SSL-I

Het semigestructureerde interviewschema is samengesteld op basis van het theoretisch kader. De kenmerken van het netwerk en van de relaties en het samengestelde model die in het theoretisch kader besproken zijn, zijn bepalend geweest voor de onderwerpen die in het interview aan bod zijn gekomen, zoals te zien is in het interviewschema in bijlage 8.3. Bovendien heeft er een pilotinterview plaatsgevonden

met een ouder die met haar drie kinderen in 2018 in de Borch is opgenomen. Er is tijdens dit pilotinterview gekeken of de vragen geschikt waren en begrepen werden, hoe lang het interview duurde en ook betrof het een oefening voor de interviewer. Naar aanleiding van het pilotinterview en feedback zijn er kleine aanpassingen gedaan, zoals het veranderen van de volgorde van vragen en tekstuele veranderingen. Tot slot kende het interviewschema ‘probes’. Probes hebben de interviewer geholpen om te controleren of alle belangrijke onderwerpen tijdens het interview zijn behandeld en hebben als hulpmiddel gediend om door te vragen.

Het één-op-één interview begon met de introductie waarin de participant informatie heeft gekregen met betrekking tot ethische aspecten van het onderzoek, zoals anonimiteit en vertrouwelijkheid. Vervolgens is de participant gevraagd om een toestemmingsverklaring in te vullen (zie bijlage 8.6.3). Hiermee verklaarde de participant dat hij vrijwillig heeft deelgenomen aan het onderzoek, voldoende informatie heeft gekregen over het doel van het onderzoek, heeft begrepen dat alle gegevens geheel vertrouwelijk en anoniem zijn verwerkt (de gegevens zijn in de verslaglegging niet tot de persoon herleidbaar), toestemming heeft gegeven voor het maken van een geluidsopname met een opnamerecorder en wist dat het mogelijk was om de deelname aan het onderzoek op ieder moment te stoppen. In paragraaf 4.4 wordt verder ingegaan op de ethische aspecten van dit onderzoek.

Voor de aanvang van het interview is de participant in de gelegenheid gesteld om vragen te stellen. Het interview begon met een aantal openingsvragen, bijvoorbeeld waar de participant vandaan kwam en sinds wanneer de participant in de Borch is opgenomen. Daarna kwamen de kernvragen aan bod. Het eerste deel van de kernvragen is bedoeld om het sociale netwerk van de participant in kaart te brengen. Eerst kreeg de participant een voorbeeld van een klein sociaal netwerk (drie personen) te zien (zie bijlage 8.4), zodat ze vervolgens zelf hun sociale netwerk op een papier konden tekenen. De vraag die hierbij gesteld is, is of de participant belangrijke personen op wilde schrijven. Omwille van de privacy van de participant en het netwerk is gevraagd of de participant de soort relatie wilde opschrijven, dus aan wilde geven of het om een familielid, partner, vriendin etc. gaat, in plaats van de naam. Vervolgens is de participant gevraagd om aan te geven of er bij de relaties in het sociale netwerk sprake was van een positieve, negatieve of gelijkwaardige wederkerigheidsbalans en om de belangrijke personen in de drie cirkels van Kapferer (1973) te plaatsen (zie bijlage 8.4).

De wijze waarop het ego-netwerk uitgevraagd is in het interview is gebaseerd op het idee van een *name generator* vragenlijst waarbij belangrijke personen worden ingevuld op een vragenlijst (Borgatti et al., 2013). Ego-netwerkonderzoek richt zich op de relaties van één specifiek persoon. Het netwerk wordt beschouwd vanuit het individu, het ego, zoals in het theoretisch kader in paragraaf 2.1 besproken is. Er is voor gekozen om niet een vragenlijst aan de participanten voor te leggen, maar met behulp van open vragen de participant een netwerk te laten visualiseren. Een valkuil bij het voorleggen van een vragenlijst is dat als er op het papier ruimte is voor tien mensen, participanten vaak tien mensen uit hun netwerk noemen. Ze beperken zich tot de ruimte op de vragenlijst en passen hun antwoorden aan, aan dat wat ze denken dat er van ze wordt gevraagd. Door te vragen welke personen belangrijk voor de participant zijn, konden de participanten zelf aangeven om hoeveel personen het ging en ontvingen ze geen aanwijzing voor het

noemen van een bepaald aantal mensen. Op deze manier is er een betrouwbaarder beeld van de ego-netwerken geschetst. Nadat het sociale netwerk is gevisualiseerd, is gevraagd naar de frequentie van het contact, of er ook personen in het netwerk waren die ook middelen gebruiken en of de participant dacht dat het middelengebruik invloed heeft gehad op de contacten.

In het tweede deel van de kernvragen is ingegaan op sociale steun, waarbij verdiepende vragen over sociale steun zijn gesteld en de vragenlijst over sociale steun is ingevuld. Als eerste is gevraagd welke woorden en gedachten bij de personen opkwamen als ze aan het woord sociale steun dachten, zodat duidelijk werd of de participanten er associaties bij hadden en zo ja, welke associaties ze bij sociale steun hadden. Als de participant niet bekend was met het begrip ‘sociale steun’ werd er door de onderzoeker een aantal voorbeelden van sociale steun gegeven die ook in de vragenlijst naar voren kwamen. Vervolgens is de vragenlijst ‘Sociale Steun Lijst – Interacties’ (SSL-I) afgenomen (van Sonderen, 1993) en is gevraagd of ze tijdens het invullen ook aan personen gedacht hadden die ze niet bij hun sociale netwerk hadden gezet. Daarna is doorgevraagd naar het ervaren van sociale steun. Zo is er ingegaan op welke momenten participanten zich gesteund voelen en op de betekenis van steun van naasten tijdens de behandeling.

In het derde onderdeel van de kernvragen is ingegaan op gezinskliniek de Borch. Er is onder andere gevraagd wat participanten vinden van de wijze waarop hun sociale omgeving bij de behandeling wordt betrokken en of ze hieromtrent aanbevelingen voor de Borch hadden. Het interview eindigde met enkele afsluitende vragen, zoals wat de participant van het interview vond, of hij nog bepaalde zaken kwijt wilde en of hij nog aanbevelingen had om het interview te verbeteren. De interviews duurden ongeveer 50 tot 70 minuten.

Zoals in de vorige alinea benoemd is, kent het onderzoek ook een kwantitatief aspect, namelijk de vragenlijst SSL-I (zie bijlage 8.5). Aan de hand van de vragenlijst, bestaande uit 34 items, is de hoeveelheid ervaren steun in kaart gebracht (van Sonderen, 1993). De interacties tussen de participant en (mensen uit) het netwerk waar men zich gesteund door kan voelen zijn onderverdeeld in zes subschalen. In de volgende voorbeelden wordt onder ‘men’ het sociale netwerk van de participant verstaan. De schaal alledaagse emotionele interacties bestaat uit vier items, zoals ‘*Gebeurt het wel eens dat men u aanhaalt?*’ en ‘*Gebeurt het wel eens dat men u een luisterend oor biedt?*’. De tweede schaal emotionele ondersteuning bij problemen bestaat uit acht items, waaronder ‘*Gebeurt het wel eens dat men u opvrolijkt?*’, ‘*Gebeurt het wel eens dat men u zegt dat u moet volhouden?*’ en ‘*Gebeurt het wel eens dat men u troost?*’. De derde schaal waarderingssteun bestaat uit zes items, bijvoorbeeld ‘*Gebeurt het wel eens dat men u om raad vraagt?*’, ‘*Gebeurt het wel eens dat men u complimenten geeft?*’ en ‘*Gebeurt het wel eens dat men u om hulp vraagt?*’. De vierde schaal instrumentele ondersteuning bestaat uit zeven items, zoals ‘*Gebeurt het wel eens dat men u ergens heen brengt?*’ en ‘*Gebeurt het wel eens dat men aan u grote dingen, zoals een auto of een groot bedrag, leent?*’. De vijfde schaal sociaal gezelschap bestaat uit vijf items, waaronder ‘*Gebeurt het wel eens dat men u vraagt ergens aan mee te doen?*’ en ‘*Gebeurt het wel eens dat men u zomaar opbelt of een praatje met u maakt?*’. Tot slot bestaat de zesde schaal informationele ondersteuning uit vier items, zoals ‘*Gebeurt het wel eens dat men u opbouwende kritiek geeft?*’ en ‘*Gebeurt het wel eens dat men uw sterke punten naar voren haalt?*’. Hierbij kon er gekozen worden uit de antwoordopties 1= zelden of nooit,



2= af en toe, 3= regelmatig en 4= erg vaak. De SSL-I betreft positieve interacties en hierdoor betekent een hogere score bij iedere schaal dat een participant zich vaker gesteund voelt door zijn sociale omgeving.

De methodologische kwaliteit van de SSL-I is in meerdere onderzoeken onderzocht (van Sonderen, 1993). Uit een eerste onderzoek met als onderzoekspopulatie mensen die sociale steun hard nodig hebben, zoals eenzame mensen of mensen die net verhuisd waren, gaf de SSL-I score een hoge betrouwbaarheid met een Cronbach's alpha van 0.93 (n=304). Uit een tweede onderzoek met kankerpatiënten, die ook als een populatie beschouwd kan worden die veel steun nodig heeft, bleek de SSL-I ook een hoge Cronbach's alpha te hebben, namelijk 0.91 (n=475). Bovendien heeft de eerste onderzoeksgroep de SSL-I na vier weken nog eens ingevuld. Hiermee is de test-hertest betrouwbaarheid bepaald. De betrouwbaarheid is uitgedrukt in een Spearman correlatie van 0.77, wat een redelijk tot goede betrouwbaarheid aangeeft. De SSL-I heeft op basis van deze resultaten een goede betrouwbaarheid. Verder heeft van Sonderen (1991) in eerder onderzoek de begrips- en inhoudsvaliditeit beoordeeld. De inhoudsvaliditeit wordt besproken aan de hand van een uitvoerige beschrijving van de selectie van de items en van de procedure hoe de schalen zijn geconstrueerd. Daarnaast is er ook ondersteuning van de begripsvaliditeit gevonden. In verscheidende onderzoeken is onderzocht in welke mate de scores op de SSL-I samenhangen met de score op een schaal voor het meten van eenzaamheid (de Jong-Gierveld, 1984; de Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985). Eenzaamheid wordt beschouwd als een aan sociale steun gerelateerd begrip. Er is een negatieve relatie tussen interacties en eenzaamheid gevonden, dus hoe minder sociale steun interacties men ervaart, hoe eenzamer men is. Al met al kan er gesproken worden van een redelijk tot goede betrouwbaarheid en validiteit.

#### 4.4 Ethische overwegingen

Het onderzoek kent drie verschillende fases, namelijk de ontwerpfase, de etnografische fase en de analytische fase. In elke fase zijn er ethische kwesties waar in elk onderzoek rekening mee gehouden moet worden, maar in dit onderzoek is er extra aandacht aan besteed omdat er sprake is van een kwetsbare doelgroep. Het onderzoek betreft geen WMO-plichtig onderzoek (Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek), omdat er geen sprake is van medisch wetenschappelijk onderzoek en personen niet aan handelingen worden onderworpen of hen gedragsregels worden opgelegd ([www.ccmo.nl](http://www.ccmo.nl)). Voordat er participanten geworven mochten worden moest het onderzoeksvoorstel eerst langs een ethische onderzoekscommissie van VNN (zie bijlage 8.7). De onderzoeker heeft hiervoor een onderzoeksvoorstel geschreven waarin de ethische aspecten van het onderzoek uitgewerkt zijn, zoals het wervingsproces, of er sprake is geweest van geïnformeerde toestemming, hoe de data is gebruikt, wie er toegang tot de data heeft gehad en op welke manier de anonimiteit gewaarborgd is. Dit onderzoeksvoorstel is goedgekeurd door de ethische onderzoekscommissie van VNN. Vervolgens hebben ook de hoofdbehandelaars van de Borch het voorstel gelezen en mondeling en schriftelijk hun toestemming gegeven voor het onderzoek.

Er moet tijdens de ontwerpfase sprake zijn van gerechtigheid in het onderzoek, hebben de onderzoekers bijvoorbeeld gedaan wat ze zeggen te gaan doen en vindt er geen misleiding plaats (Hennink et al., 2011). In dit onderzoek is er openheid over het onderwerp van het interview geweest, want de

participanten zijn van tevoren geïnformeerd over het onderwerp en het doel van het onderzoek. Ook zijn er meerdere momenten geweest waarop participanten vragen konden stellen aan de onderzoeker en/of behandelaar en zijn deze vragen naar waarheid beantwoord. Er heeft dus geen misleiding plaatsgevonden. Ten tweede is het belangrijk dat de onderzoeker respect heeft voor de participanten en er aandacht wordt besteed aan de ‘benefice’ voor de participanten (Hennink et al., 2011). Hierbij is het van belang dat de onderzoeker ervoor zorgt dat de baten die de participanten hebben bij het meedoen aan het onderzoek, ook daadwerkelijk bereikt worden. In dit onderzoek zijn de baten voor de participanten voornamelijk het geven van informatie voor de wetenschap geweest. Daarnaast zouden participanten hun verhaal kwijt kunnen en kunnen er op basis van de uitkomsten van dit onderzoek mogelijk zaken verbeterd worden op de Borch wat betreft het betrekken van het sociale netwerk bij de behandeling. Verder is er sprake geweest van vrijwillige deelname aan het onderzoek. Cliënten konden zelf aangeven of ze mee wilden werken of niet. Hierbij is ook aangegeven dat hun keuze geen gevolgen zou hebben voor hun behandeling op de Borch. Tot slot is voorafgaand aan het interview benadrukt dat de participant het recht had om een bepaalde vraag niet te willen beantwoorden en op elk moment zonder opgave van reden kon stoppen met het onderzoek.

Tevens moet de onderzoeker de participant anonimiteit kunnen garanderen tijdens de etnografische fase (Hennink et al., 2011). Deze anonimiteit vergroot de kans dat de participant eerlijk zijn ideeën verkondigt. In dit onderzoek is de anonimiteit gegarandeerd door de namen van de participanten, het sociale netwerk en eventuele informatie die naar de participant kan leiden, zoals woonplaatsen, uit het onderzoek weg te laten. Gegevens en resultaten zijn dus niet tot personen herleidbaar. Als tweede moet de onderzoeker geïnformeerde toestemming hebben van de participanten (Hennink et al., 2011). In dit onderzoek heeft de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek aangegeven wat het onderwerp van het onderzoek is, wat het doel van het onderzoek is en wat er met de data en resultaten na het onderzoek wordt gedaan (zie bijlagen 8.3 en 8.6). Ook is er mondeling en schriftelijk om toestemming voor het opnemen van het interview gevraagd en hebben de participanten een handtekening voor geïnformeerde toestemming gegeven (zie bijlage 8.6.3). Verder is het principe van vertrouwelijkheid in dit onderzoek gegarandeerd door data niet met buitenstaanders te delen. Bovendien is de data op één usb stick bewaard en zijn opnames na het onderzoek verwijderd. Als laatste moet er in de analytische fase zorgvuldig met de data worden omgegaan (Hennink et al., 2011). In dit onderzoek is de verkregen data alleen gebruikt voor de doeleinden van het onderzoek en heeft alleen de onderzoeker toegang tot de opnames en transcripten.

#### 4.5 Werving en respons participanten

Het onderzoek is gericht op de gezinskliniek de Borch in Eelderwolde, waar gedurende de wervingsperiode gemiddeld twaalf volwassenen verbleven. De onderzoeksgroep betreft volwassen mannen en vrouwen met een middelenverslaving, die één of meerdere kinderen hebben met een leeftijd tot twaalf jaar en zwangere vrouwen die tijdens het moment van werven op de Borch verbleven. De voorkeur ging hierbij uit naar ouders die al in de tweede of derde fase van de behandeling zaten, omdat zij al langere tijd in de kliniek zijn opgenomen en meer kunnen vertellen over het contact met hun sociale netwerk en de sociale steun die ze ontvangen. Daarnaast hebben ze meer sessies systeemtherapie gehad en kunnen ze meer afgewogen

aangeven wat ze vinden van de manier waarop de Borch het sociale netwerk bij de behandeling betreft. Bovendien moeten cliënten die zich in de eerste fase van de behandeling bevinden vaak wennen aan de situatie in de kliniek en mogen ze de eerste weken weinig contact hebben met de buitenwereld.

Er is om verschillende redenen gekozen om participanten te werven bij de populatie die op dit moment op de Borch verblijft. Ten eerste is deze keuze gemaakt, omdat deze mensen bekend zijn bij VNN als verslaafde ouders met jonge kinderen. Daarnaast zijn deze ouders in behandeling, dus kon er een betrouwbaar beeld geschetst worden van hoe netwerken van verslaafde ouders er tijdens de behandeling uitzien. Een alternatief waarbij ouders geïnterviewd zouden worden nadat ze de kliniek hebben verlaten zou voor vertekening van het netwerk tijdens de behandeling kunnen zorgen. Ten tweede is ervoor gekozen om participanten te werven bij de Borch, omdat de ouders op dit moment in behandeling zijn en het beste weten op welke wijze hun netwerk bij de behandeling betrokken wordt en hoe ze dit graag zouden willen zien (het uitsluiten van retrospectieve biases). Ten derde is er ook om haalbaarheids- en praktische redenen voor de Borch als wervingsplek gekozen, omdat het de enige gezinskliniek in Nederland betreft en cliënten uit het hele land kunnen komen. Bovendien kon in de Borch gemakkelijker contact gelegd worden met de ouders via de behandelaren. Als voor het alternatief gekozen werd waarbij ontslagen ouders geïnterviewd zouden worden, zouden eerst gegevens vanuit de kliniek en VNN opgevraagd moeten worden. Hierbij zou de onderzoeker ook te maken krijgen met privacywetgeving (AVG), wat het uitvoeren van het onderzoek lastiger zou maken. Tot slot is er ook sprake van een veiligheidsreden, want het is onbekend hoe het leven van de (meeste) mensen die de Borch verlaten hebben er nu uitziet.

Naast de vraag welke participanten geschikt zijn om deel te nemen aan het onderzoek, is het ook van belang hoeveel participanten geworven dienden te worden om een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven. Er is sprake van kwalitatief onderzoek, waarbij het aantal participanten vaak lager is in vergelijking met kwantitatief onderzoek, omdat het gaat om de variatie en diepte van de informatie in plaats van de hoeveelheid informatie (Hennink et al., 2011). Daarnaast dient er ook rekening mee te worden gehouden dat een kliniek de wervingsomgeving is en er gemiddeld rond de twaalf volwassenen in de kliniek verblijven. Bovendien is een groot aantal participanten niet haalbaar gezien de duur van dit onderzoek. Om in te schatten hoeveel participanten geworven dienden te worden speelt het criterium van saturatie een belangrijke rol (Glaser & Strauss, 1967; Hennink et al., 2011). Het saturatiepunt is het punt waarop er sprake is van informatieverzadiging, dus het punt waarop nieuw verzamelde informatie al eerder is verzameld en zich begint te herhalen. Van tevoren is dit punt lastig in te schatten, maar er is sprake van een specifieke doelgroep, waardoor dit punt sneller bereikt kan worden (Hennink et al., 2011). Het streven, gezien de beperkte tijd en een kleine onderzoeksgroep, is van tevoren gesteld op minimaal vijf interviews.

De werving van de participanten heeft plaatsgevonden via VNN en de Borch. Via het hoofd van het Kwaliteit en Innovatie Centrum van VNN is contact opgenomen met de hoofdbehandelaar volwassenen en hoofdbehandelaar kinderen van de Borch. Beide behandelaren hebben toegezegd mee te willen werken aan het werven van participanten en hebben het interviewschema en de wervingsprocedure goedgekeurd. De werving heeft in een aantal stappen plaatsgevonden. De eerste stap bestond uit het benaderen van de ouders op de Borch. De werving is via de twee hoofdbehandelaars gelopen. Zij hebben tijdens een

individuele therapiesessie de cliënt benaderd en verteld over het onderzoek. Vervolgens hebben ze de cliënt de informatiebrief meegegeven met informatie over het belang van het onderzoek, vertrouwelijkheid en bedenktijd etc. (zie bijlage 8.6.1). Bij een volgende afspraak met een van de hoofdbehandelaars is gevraagd of de cliënt mee wilde werken of niet. Als de cliënt mee wilde werken vulde de cliënt een formulier met persoonsgegevens in, wat de onderzoeker vervolgens van een van de hoofdbehandelaars kreeg toegestuurd via de mail (zie ook bijlage 8.6.2). De volgende stap is dat de onderzoeker telefonisch contact met de cliënt heeft opgenomen, waarbij de cliënt de ruimte heeft gekregen om vragen te stellen over het onderzoek en een afspraak voor het interview gemaakt kon worden. De dag voor het interview heeft de cliënt een telefonische herinnering gekregen als hij hier toestemming voor had gegeven. De interviews zijn op de Borch gehouden in een van de kamers van de systeemtherapeuten, want hier zijn de cliënten gewend om over hun sociale netwerk en naasten te praten.

Tijdens de wervingsperiode zijn er veertien ouders benaderd en hebben er zes interviews plaatsgevonden. De face-to-face interviews zijn voor de coronacrisis gehouden. Er zijn vier moeders geïnterviewd, één vader en één vrouw die inmiddels was bevallen. Er heeft één cliënte zich na opgave weer afgemeld bij een van de hoofdbehandelaars waarbij er verder geen contact is geweest met de onderzoeker. De voornaamste redenen van cliënten om niet mee te willen werken aan het onderzoek zijn dat ze niet bereid waren om over hun sociale netwerk te vertellen en de behandeling op de Borch al veel van ze vraagt.

#### 4.6 Dataverwerking en data-analyse

Er zijn verschillende verwerkingsmethoden toegepast in dit onderzoek. Ten eerste is er gebruik gemaakt van ‘grounded theory’. Grounded theory is een benadering voor het analyseren van data in kwalitatief onderzoek in de sociale wetenschap waarbij een theorie wordt ontwikkeld vanuit kwalitatieve data (Hennink et al., 2011). Volgens grounded theory is een analyse eerst beschrijvend en worden er vervolgens verklarende theorieën opgesteld. Echter, er is in dit onderzoek gedeeltelijk volgens grounded theory gewerkt, omdat van tevoren al een theoretisch kader is opgesteld. Er is nagegaan of de kenmerken van de sociale netwerken en de relaties in de netwerken een rol spelen bij het ervaren van sociale steun tijdens het verblijf in een kliniek. Ook is gekeken naar andere kenmerken die naar voren komen uit de data-analyse en mogelijk een rol kunnen spelen bij het ervaren van sociale steun.

De dataverwerking in dit onderzoek kende verschillende stappen. Nadat de interviews hebben plaatsgevonden zijn eerst woordelijke transcripten gemaakt waarbij letterlijk opgeschreven is wat een participant heeft gezegd. Vervolgens zijn de data geanonimiseerd om te voorkomen dat de participanten aan de transcripten gekoppeld kunnen worden door de transcripten een nummer te geven. Nadat de transcripten geanonimiseerd zijn, zijn ze gecodeerd en geanalyseerd met het programma Atlas.ti (Scientific Software Development ATLAS.ti, 2019). Om de data te kunnen coderen en analyseren is er een codeboek opgesteld. Het codeboek bestaat ten eerste uit deductief opgestelde codes die van tevoren zijn opgesteld aan de hand van het theoretisch kader, de verwachtingen en het interviewschema. Ten tweede zijn tijdens het analyseren van de interviews ook inductieve codes opgesteld. Dit zijn codes die ontwikkeld zijn aan de hand van veelvoorkomende thema's in de data die niet naar voren kwamen in het theoretisch kader en waar

geen deductieve codes over zijn opgesteld (Hennink et al., 2011). Voorbeelden van inductieve codes zijn of de participant een terugval heeft gehad en of ze ook conflicten hebben gehad tijdens de behandeling. Het gehele codeboek is opgenomen in bijlage 8.9 en gecontroleerd door een onafhankelijke senior onderzoeker van de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid van het UMCG. Vervolgens is de onderzoeker begonnen met het analyseren van de data. Dezelfde onderzoeker van het UMCG heeft ook naar de gecodeerde interviews gekeken en beoordeelde dat ze de codes op dezelfde manier zou gebruiken als de onderzoeker heeft gedaan. Met deze controle is geprobeerd de betrouwbaarheid van de data-analyse te vergroten. Daarna zijn er *thick descriptions* opgesteld die te zien zijn in bijlage 8.10. Er is gekeken naar de context, de betekenis en de nuanceringen wat maakt dat ouders in mindere of meerdere mate sociale steun ervaren en van wie ze de steun wel/niet ontvangen. Hierbij is per *thick description* onderscheid gemaakt in de eerder besproken vier soorten sociale steun. Ook de *thick descriptions* en het resultatenhoofdstuk zijn gecontroleerd door dezelfde onderzoeker van het UMCG. Op deze wijze is de data geanalyseerd om de onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen te kunnen beantwoorden. Verder is er gekeken in welke mate de verwachtingen vanuit het theoretische kader opgaan en welke nieuwe bevindingen zich voordoen waarmee het samengestelde model eventueel aangepast kan worden.

Naast een kwalitatieve analysemethode is er ook gebruik gemaakt van een kwantitatieve analysemethode, want de resultaten van de vragenlijst SSL-I zijn in het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) verwerkt (International Business Machines Corporation, 2017). Met behulp van dit statistische programma zijn verschillende schalen van de vier soorten (emotionele, informationele, praktische en waardering) sociale steun gemaakt. De schalen ‘alledaagse emotionele interacties’, ‘emotionele ondersteuning bij problemen’ en ‘sociaal gezelschap’ zijn samengevoegd tot de schaal emotionele steun. Deze schalen zijn samengevoegd op basis van het theoretisch kader. Uit de benamingen blijkt dat de schalen alledaagse emotionele interacties en emotionele ondersteuning beide over emotionele steun gaan. Daarnaast is ook sociaal gezelschap bij deze schalen gevoegd, omdat het hier gaat over elkaars gezelschap zoeken. Uit het theoretisch kader blijkt dat emotionele steun mensen het gevoel geeft geliefd te zijn en verwijst naar uitingen van zorg, aanmoediging en sympathie, waaronder de items van sociaal gezelschap in de context van een kliniek ook vallen. Enkele voorbeelden zijn, zoals in paragraaf 4.3 ook besproken is, ‘*Gebeurt het wel eens dat men u vraagt ergens aan mee te doen?*’, ‘*Gebeurt het wel eens dat men u zomaar opbelt of een praatje met u maakt?*’ en ‘*Gebeurt het wel eens dat men gezellig bij u op bezoek komt?*’. De itemscores zijn opgeteld en gemiddeld tot een schaal. Op deze manier kunnen verschillen in de hoeveelheid (soorten) sociale steun van de ouders vergeleken worden. Deze resultaten zijn weergegeven in bijlage 8.11. Tot slot is ook het sociale netwerkprogramma UCINET gebruikt om de sociale netwerken grafisch weer te kunnen geven in het resultatenhoofdstuk (Borgatti, Everet, & Freeman, 2002; Borgatti et al., 2013; Harary, 1969; Robins, 2015).

#### 4.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Voor elk onderzoek is betrouwbaarheid en validiteit belangrijk, dit bepaalt namelijk de bruikbaarheid van de resultaten. Er zijn vier uitgangspunten waaraan een kwalitatief onderzoek moet voldoen, namelijk

‘credibility’, ‘transferability’, ‘dependability’ en ‘confirmability’ (Shenton, 2004). Ten eerste credibility, waarbij men zich afvraagt of de onderzoeker daadwerkelijk onderzoekt wat hij wil onderzoeken. De credibility in kwalitatief onderzoek is te vergelijken met de interne validiteit en de constructvaliditeit in kwantitatief onderzoek. In dit onderzoek is de credibility verhoogd doordat er een theoretisch kader is opgesteld en dit kader de basis vormt van het onderzoek. Daarnaast kan de credibility vergroot worden door *thick descriptions* te maken en dat is in dit onderzoek ook gebeurd.

Als tweede moet het onderzoek aan de eis van ‘transferability’ voldoen. Deze term betekent dat de resultaten overdraagbaar moeten zijn en is te vergelijken met de externe validiteit in kwantitatief onderzoek (Shenton, 2004). Bij kwalitatief onderzoek gaat het om de overdraagbaarheid van de resultaten naar een andere context. Om transferability te bereiken is het van belang om de processen en de context van het onderzoek gedetailleerd te beschrijven, want alleen dan kunnen de resultaten overgedragen worden naar een andere context. In dit onderzoek is geprobeerd transferability te bereiken door processen zo duidelijk mogelijk te beschrijven en de context van het onderzoek mee te nemen.

‘Dependability’ is het derde punt waaraan moet worden voldaan en hierbij gaat het om de betrouwbaarheid van het onderzoek (Shenton, 2004). Het is de mate waarin men tot vergelijkbare resultaten komt bij herhaaldelijk onderzoek in dezelfde context, met dezelfde methodes en met een vergelijkbare groep participanten. Om dit te bereiken moet in dit onderzoek verantwoording worden afgelegd over de stappen die zijn gemaakt en waarom deze stappen zijn gemaakt. Met andere woorden moet het transparant zijn welke stappen er zijn gemaakt in de manier van data verzamelen en de data-analyse. In dit onderzoek is dit gedaan door alle stappen die gemaakt worden duidelijk te beschrijven, bijvoorbeeld in de keuze en werkwijze van de onderzoeksopzet en het plan van data-analyse. Hierdoor kunnen andere onderzoekers beoordelen of de informatie geschikt is voor een ander onderzoek en of de onderzoeker transparant te werk is gegaan. Op deze manier kan het onderzoek ook op eenzelfde manier uitgevoerd worden door andere onderzoekers. Bovendien zijn het codeboek, de gecodeerde interviews, de *thick descriptions* en het resultatenhoofdstuk gecontroleerd door een onafhankelijke senior onderzoeker van het UMCG. Hierdoor is de mate van inconsistentie binnen de coderingen gereduceerd, wat ten goede komt aan kwaliteit en betrouwbaarheid van de resultaten (Hennink et al., 2011). Verder is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten, namelijk een diepte-interview, het visualiseren van netwerken en kenmerken van relaties en een vragenlijst, wat de kwaliteit van het onderzoek kan vergroten.

Als laatste moet aan ‘confirmability’ worden voldaan, de onderzoeker moet namelijk proberen zo objectief mogelijk te zijn bij het uitvoeren van het onderzoek en het interpreteren van de verkregen informatie (Shenton, 2004). Bij kwalitatief onderzoek is dit een lastig proces, omdat de onderzoeker aandacht voor de opmerkingen van de participant moet hebben, maar de onderzoeker deze opmerkingen ook zelf interpreteert. Er dient hierbij sprake te zijn van reflexiviteit, waarbij de onderzoeker zich ervan bewust moet zijn dat hij invloed kan hebben op het onderzoeksproces door data bijvoorbeeld vanuit de eigen sociale achtergrond en normen en waarden te interpreteren. Om deze redenen bestond het interview enkel uit open vragen en bevatte het geen sturende principes. Daarnaast heeft de onderzoeker geprobeerd zich zo bewust mogelijk van confirmability te zijn. Tot slot heeft de onderzoeker een pilotinterview

gehouden en meerdere gesprekken met behandelaren en een systeemtherapeut gevoerd om zich te verdiepen in de achtergrond en leefwereld van ouders in een gezinskliniek waar ze behandeld worden voor een middelenverslaving.

## V. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de analyse van de diepte-interviews en vragenlijst SSL-I de resultaten besproken. De resultaten worden gepresenteerd volgens de opbouw van het theoretisch kader en de opgestelde deelvragen. Zoals in het methodehoofdstuk genoemd is, zijn de interviews voor de coronacrisis afgenomen en zijn de resultaten dus van toepassing op de periode voor de coronacrisis. Als eerste worden in paragraaf 5.1 relevante kenmerken van de participanten en hun verslaving gegeven, zodat een beeld gevormd kan worden van de onderzoeksgroep. Daarna worden in paragraaf 5.2 de structurele kenmerken van de sociale netwerken van de participanten en sociale steun behandeld aan de hand van de eerste drie deelvragen. In deze paragraaf wordt ook besproken dat bepaalde participanten soms steun missen waardoor ze zich minder gesteund voelen tijdens de behandeling en wat hier de betekenis van is. Deze twee onderwerpen zijn inductief uit de interviews naar voren gekomen. Vervolgens worden in paragraaf 5.3 de kenmerken van de relaties van de participanten besproken middels de drie bijbehorende deelvragen. Tot slot wordt in paragraaf 5.4 ingegaan op de laatste deelvraag over hoe het sociale netwerk bij de behandeling op de Borch betrokken wordt en hoe dit volgens cliënten verbeterd kan worden.

### 5.1 Kenmerken van de participanten en hun middelenverslaving

In tabel 2 worden een aantal kenmerken van de participanten weergegeven. Vanwege de anonimiteit van de participanten zijn namen vervangen door een getal en is de woonprovincie gegeven in plaats van de woonplaats.

Tabel 2: Kenmerken van de participanten

Nr.	Geslacht	Leeftijd	Woonprovincie	Partner	Kinderen	Fase behandeling	Aanmelding
1	Vrouw	38 jaar	Groningen	Ja, ook opgenomen	Drie	Behandelfase	Niet vrijwillig (jeugdzorg)
2	Man	46 jaar	Groningen	Ja, ook opgenomen	Drie	Behandelfase	Niet vrijwillig (jeugdzorg)
3	Vrouw	32 jaar	Friesland	Nee	Eén	Uitstroomfase	Vrijwillig (huisarts)
4	Vrouw	30 jaar	Drenthe	Ja, niet opgenomen	Drie*	Uitstroomfase	Vrijwillig (ambulant VNN)
5	Vrouw	38 jaar	Friesland	Nee	Eén	Behandelfase	Vrijwillig (ambulant VNN)
6	Vrouw (zwanger)	28 jaar	Flevoland	Ja, niet opgenomen	Eén	Uitstroomfase	Vrijwillig (Veilig Thuis)

\* Deze participant heeft drie kinderen, maar is met twee kinderen in de kliniek opgenomen.

Uit tabel 2 blijkt dat vijf vrouwelijke en één mannelijke participant hebben deelgenomen aan het onderzoek. Van de vijf vrouwelijke participanten is één vrouw zwanger opgenomen in de gezinskliniek. De



jongste participant is 28 jaar oud en de oudste participant is 46 jaar oud. De participanten komen uit verschillende provincies in het noorden en het midden van het land, zoals Friesland en Flevoland. Verder vormen participant 1 en 2 een stel en zijn zij samen met hun drie kinderen opgenomen in de gezinskliniek. Participant 3 heeft ook drie kinderen, maar hiervan woont één kind in een verzorgingstehuis vanwege verstandelijke en lichamelijke beperkingen. Om deze reden is zij met haar twee andere kinderen in de gezinskliniek opgenomen. De helft van de participanten bevindt zich in de behandelfase van de behandeling en de andere helft bevindt zich in de uitstroomfase. Bovendien zijn participant 1 en 2 niet vrijwillig opgenomen in de gezinskliniek. Ze stonden onder toezicht van jeugdzorg en de kinderen zijn een aantal maanden voor de opname in de gezinskliniek door de Raad van de Kinderbescherming uit huis geplaatst. Als de ouders geen behandeling voor hun middelenverslaving wilden volgen of de behandeling met een negatief advies afmaken komen de kinderen definitief niet meer thuis wonen. Om een achtergrond van de participanten en hun middelenverslaving te schetsen wordt in tabel 3 een overzicht gegeven van de participanten hun middelenverslavingsgeschiedenis.

Tabel 3: Achtergrondkenmerken verslaving

Nr.	Geslacht	Middelenverslaving	Verslavings- periode	Eerdere verslaving	Eerdere behandeling	Reden verslaving
1	Vrouw	Cannabis	23 jaar	-	-	Emoties dempen
2	Man	Cannabis & alcohol (bier)	26 jaar	Amfetamine, cocaïne & XTC	Ja, klinisch	Zelfmedicatie
3	Vrouw	Alcohol (wodka)	7 jaar	Cocaïne	Ja, klinisch	Hulpmiddel
4	Vrouw	Alcohol (wijn)	4 jaar	-	Ja, ambulant	Hulpmiddel
5	Vrouw	Alcohol (wijn)	6 jaar	Cocaïne	Ja, klinisch	Hulpmiddel
6	Vrouw (zwanger)	Cocaïne	3 jaar	Cannabis & XTC	-	Transgeneratiele overdracht

Zoals te zien is in tabel 3 speelt bij de helft van de participanten een drugsverslaving en bij de andere helft een alcoholverslaving. De mannelijke participant combineerde cannabis met alcohol, maar cannabis is zijn hoofdmiddel. De verslavingsperiode van de huidige middelenverslaving van de participanten loopt behoorlijk uiteen, de kortste periode is 3 jaar en de langste 26 jaar. Drie van de vier participanten zijn eerder in een kliniek opgenomen geweest voor een middelenverslaving. De redenen waarom participanten middelen gebruikten lopen uiteen, zo zegt de een dat ze cannabis gebruikte om emoties te dempen, een ander dat hij cannabis gebruikte als zelfmedicatie om zichzelf rustig te houden vanwege de diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) en gebruikten drie andere participanten alcohol als hulpmiddel om met lastige situaties in het leven om te kunnen gaan, zoals een ongelukkig huwelijk. Ook is er sprake van transgeneratiele overdracht van verslaving bij één van de vrouwelijke participanten, omdat haar moeder ook middelenverslaafd is en deze participant daardoor op 12-jarige leeftijd in aanraking kwam met drugs. Vanaf toen is ze begonnen met experimenteren.

Vervolgens is ze een periode gestopt met het gebruiken van middelen, waarna ze verslaafd raakte aan cocaïne. Bij de ouders van de andere participanten is geen sprake geweest van een middelenverslaving en kan er dus niet gesproken worden van transgenerationale overdracht van verslaving.

## 5.2 Structurele kenmerken van het sociale netwerk en sociale steun

In deze paragraaf worden de structurele kenmerken en de sociale steun van de sociale netwerken besproken. Dit wordt gedaan aan de hand van de drie bijbehorende deelvragen die in het theoretisch kader zijn opgesteld, namelijk:

1. Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit?
2. Van wie ontvangen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek (welke soort) steun en hoe ziet die steun eruit?
3. Wat is de betekenis van ervaren steun uit het sociale netwerk voor verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek voor hen persoonlijk en voor hun herstel?






### 5.2.1 Toelichting sociale netwerken

Om antwoord te kunnen geven op de vraag hoe de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde vrouwen in een gezinskliniek eruitzien, zijn de sociale netwerken weergegeven in figuren. Elke figuur representeert een sociaal netwerk van een participant. Hierbij is de eerste figuur het sociale netwerk van participant 1, de tweede figuur het sociale netwerk van participant 2 etc. De sociale netwerken zijn een grafische weergave van de door participanten getekende sociale netwerken. Tijdens de interviews hebben de participanten met behulp van een tekening aangegeven uit welke personen het netwerk bestaat, in welke cirkel van Kapferer (1973) ze iedere persoon plaatsen (de intieme, effectieve of extensieve cirkel) en hoe ze de wederkerigheidsbalans van elke relatie beoordelen (positief, negatief of in evenwicht). Zie bijlage 8.4 voor een voorbeeld.

In elke figuur zijn categorische en kwantitatieve kenmerken van het netwerk en de relaties in het netwerk te zien. Zo is te zien uit hoeveel personen het sociale netwerk bestaat, de samenstelling van het netwerk en de aard van de relaties, of er sprake is van homogeniteit als het gaat om een middelenverslaving en hoe de participant de wederkerigheidsbalans en intimiteit van elke relatie in het netwerk beoordeelt. Bij het opstellen van de figuren zijn formele relaties buiten beschouwing gelaten, omdat dit onderzoek zich richt op informele sociale netwerken. Dit betekent dat eventuele hulpverleners buiten beschouwing zijn gelaten. In het onderzoek is in totaal één formele relatie door een participant in het sociale netwerk opgenomen en dit betrof een casemanager van de gezinskliniek, maar deze relatie is dus niet weergegeven in het sociale netwerk.

Alle sociale netwerken zijn volgens sociale netwerkanalyse en ‘graph theory’ grafisch weergegeven in figuren (Borgatti et al., 2013; Harary, 1969; Robins, 2015). Hoe elke figuur gelezen kan worden is weergegeven met de legenda in figuur 5. Om te beginnen wordt de participant (het ‘ego’) gerepresenteerd door een zwarte cirkel in het midden met de letter ‘p’ en het participantennummer. Het

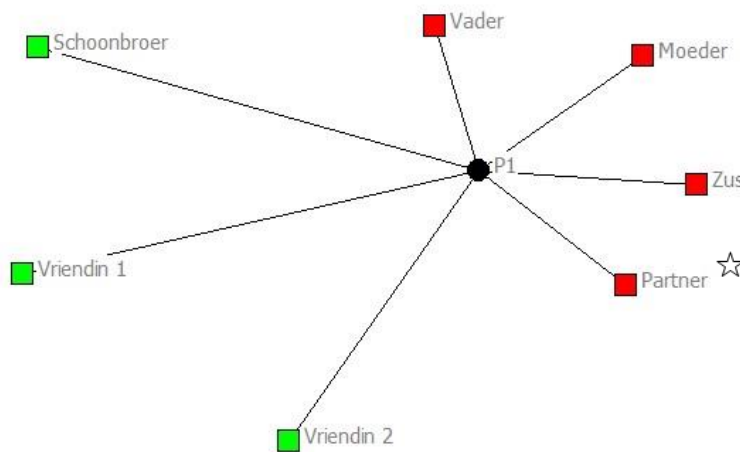
gaat immers om ego-netwerken waarbij het netwerk vanuit het perspectief van de participant bekeken wordt. Personen in de netwerken (de ‘alters’) worden ook weergegeven door figuren. De soort figuur representeert in dit onderzoek de wederkerigheidsbalans tussen de participant en de persoon. Zo staat een driehoek naar boven voor een positieve balans voor de participant (hij neemt meer van de persoon dan dat hij geeft), een vierkant voor een evenwichtige wederkerigheidsbalans en een driehoek naar beneden voor een negatieve balans voor de participant (hij geeft meer aan de persoon dan dat hij neemt). De kleur van de driehoeken en de vierkanten en de lengte van de lijnen in het netwerk geven in dit onderzoek de intimiteit van de relatie aan. Per intimiteitscirkel hebben de lijnen (de ‘ties’) dezelfde lengte. Een rode kleur gaat samen met een korte lijn en betekent dat de participant een persoon in de intieme cirkel heeft geplaatst en deze persoon dus dichtbij de participant staat. Vierkanten en driehoeken met een felgroene kleur en een iets langere lijn zijn door de participant in de effectieve cirkel geplaatst en staan dus iets verder van de participant vandaan. Voor vierkanten en driehoeken met een blauwe kleur en de langste lijnen geldt dat deze personen in de extensieve cirkel zijn geplaatst en dus in het netwerk het meest ver van de participant vandaan staan. Tot slot betekent in dit onderzoek een ster bij een relatie in een netwerk dat deze persoon ook een middelenverslaving heeft. Een ster gaat dus altijd samen met een ander figuur en is daarom aan de rechterkant van de persoon in het netwerk geplaatst. Lotgenoten zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat de participant deze mensen heeft leren kennen tijdens de opname in de kliniek en er geen sprake is geweest van selectie of socialisering tijdens de middelenverslaving. De sociale netwerken zullen vanaf de volgende pagina elk apart besproken worden en vervolgens wordt een antwoord op de eerste deelvraag gegeven.

Figuur	Soort figuur en betekenis	Kleur en intimiteit
	Cirkel = participant (het ‘ego’)	
	Driehoek boven = positieve balans	Blauw = extensieve cirkel (lange ‘ties’)
	Vierkant = evenwichtige balans	Rood = intieme cirkel (korte ‘ties’)
	Driehoek onder = negatieve balans	Groen = effectieve cirkel (middelste ‘ties’)
	Ster = een middelenverslaving	

*Figuur 5: Legenda sociale netwerken*

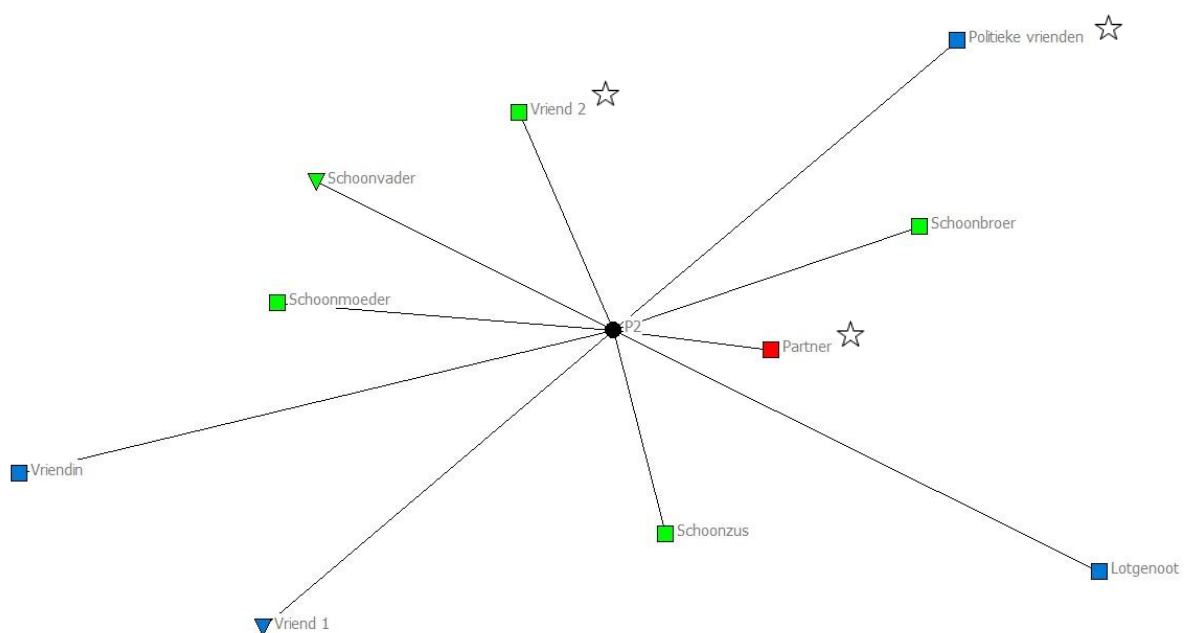
### 5.2.2 Grafische weergave sociale netwerken

In figuur 6 wordt het sociale netwerk van participant 1 weergegeven. Het netwerk bestaat uit zeven personen, waarvan er vier personen familieleden zijn, één persoon haar partner is en twee personen vriendinnen zijn. De familieleden zijn haar ouders, haar zus en de partner van haar zus. Participant 1 geeft aan dat haar ouders, zus en partner dichtbij haar staan, namelijk in de intieme cirkel, en haar vriendinnen en schoonbroer iets verder weg in de effectieve cirkel staan. Verder heeft ze geen personen in de extensieve cirkel genoemd die belangrijk voor haar zijn. In het netwerk is haar partner (waarmee ze samen in de kliniek is opgenomen) de enige persoon met een middelenverslaving. Tot slot geeft ze aan dat alle relaties in evenwicht zijn, er is dus in elke relatie sprake van een evenwichtige wederkerigheidsbalans.



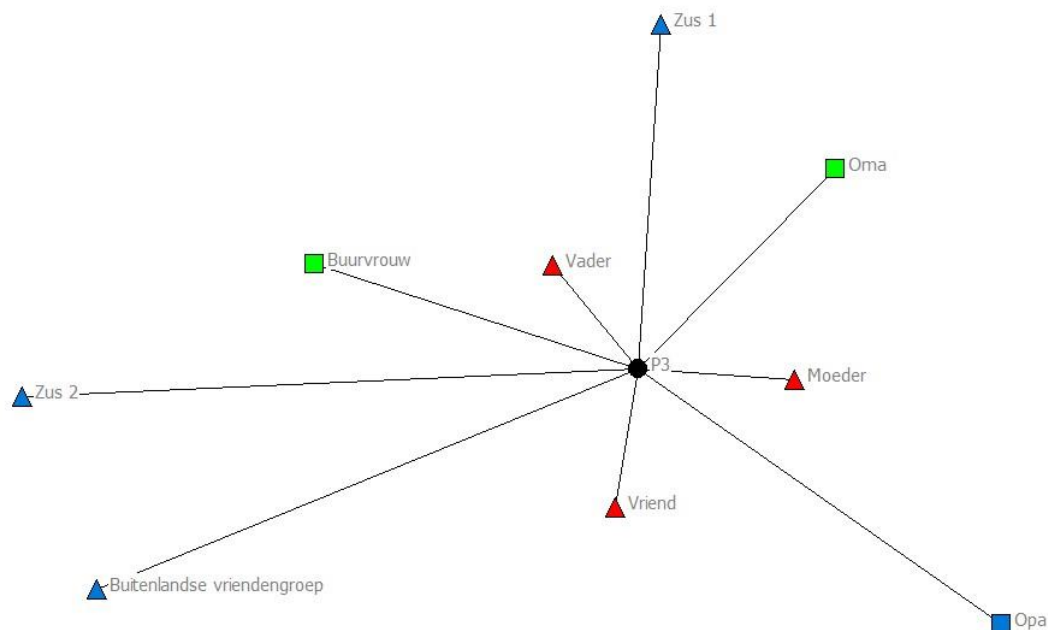
*Figuur 6: Sociaal netwerk participant 1*

In figuur 7 wordt het sociale netwerk van participant 2 weergegeven. Het netwerk bestaat uit tien personen, waarvan er vier personen schoonfamilieleden zijn. Dit zijn dezelfde vier familieleden die participant 1 in haar sociale netwerk heeft. Hierbij valt op dat er geen familie van participant 2 in het netwerk voorkomt en zijn partner als enige heel dichtbij hem staat. Daarnaast heeft hij een vriend die hij, net als zijn schoonfamilie, in de effectieve cirkel heeft geplaatst. Ook heeft hij in zijn netwerk nog een vriend en een vriendin die een stel vormen, een lotgenoot en een politieke vriendengroep die hij als één persoon ziet. De participant heeft tijdens de behandeling een periode geen contact met de politieke vriendengroep gehad, omdat hij hier geen ruimte voor in zijn hoofd had. De groep ziet hij als één persoon in zijn netwerk, omdat hij ze allemaal tegelijkertijd ziet als ze afspreken en hij verder buiten de partij om geen persoonlijk contact heeft met mensen van de groep. Deze vrienden en een lotgenoot staan in de extensieve cirkel. Verder zijn alle relaties in evenwicht, behalve met zijn schoonvader en vriend 1. Hij heeft het idee dat hij meer aan zijn schoonvader en vriend 1 geeft dan dat hij van ze terugkrijgt. Vergeleken met zijn partner heeft participant 2 een groter netwerk, namelijk tien personen tegenover zeven personen van zijn vrouw. Tot slot zijn er drie contacten uit het netwerk die ook een middelenverslaving hebben, namelijk zijn partner waarmee hij samen is opgenomen, vriend 2 en personen van de politieke vriendengroep waar hij bij zit.



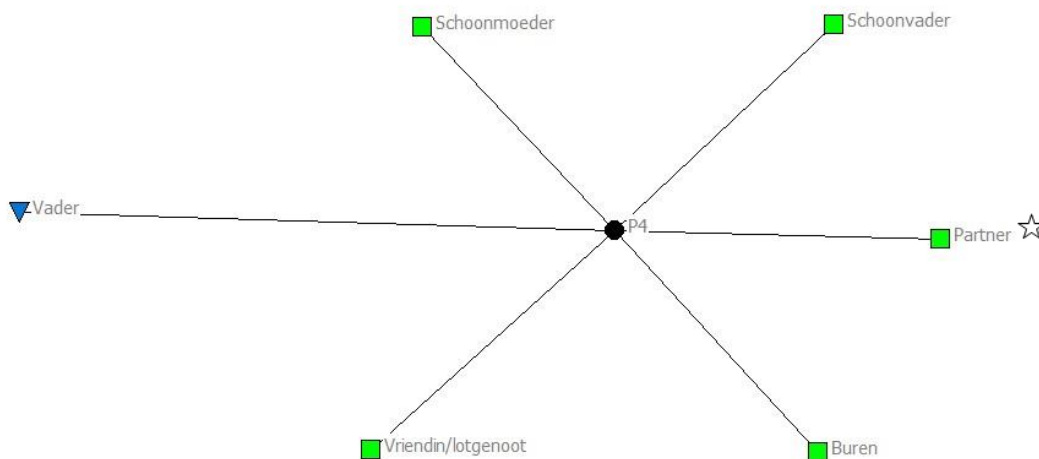
Figuur 7: Sociaal netwerk participant 2

In figuur 8 wordt het sociale netwerk van participant 3 weergegeven. Het netwerk bestaat uit negen personen, waarvan er zes personen familieleden zijn. De familieleden zijn haar ouders, twee zussen en een opa en oma. Verder bestaat het netwerk uit een vriend, een groep vrienden uit het buitenland en een buurvrouw. De groep vrienden ziet ze als één persoon, omdat ze hen allemaal tegelijk spreekt als ze contact hebben, bijvoorbeeld via Skype, en ze deze vrienden allemaal ontmoet heeft in een kliniek in het buitenland. Haar ouders en een vriend staan dichtbij haar en voor haar gevoel zijn deze relaties niet in balans, want ze geven haar meer dan dat zij aan hen geeft. Dit geldt ook voor haar zussen en de vriendengroep die ze in de extensieve cirkel heeft geplaatst. Ook haar opa staat ver van haar af, maar deze relatie is in balans qua wederkerigheid. Haar oma en buurvrouw heeft ze in de effectieve cirkel geplaatst en deze relaties zijn in balans. Opvallend is dat dit netwerk voor een groot deel uit familieleden bestaat, maar haar zussen ver van haar weg staan en de meeste relaties niet in balans zijn. Verder heeft participant 3 als enige participant geen mensen met een middelenverslaving in haar netwerk.



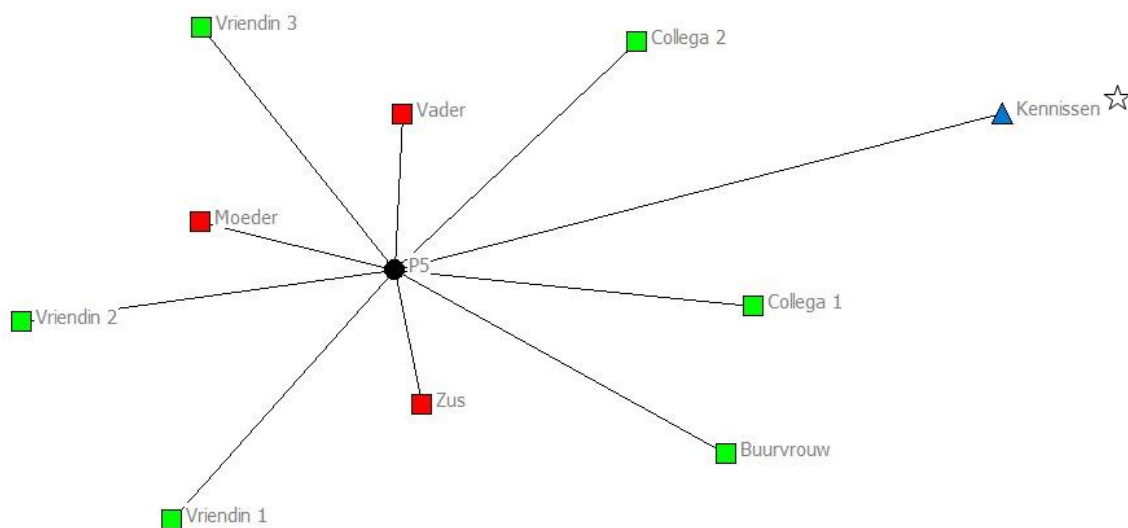
*Figuur 8: Sociaal netwerk participant 3*

In figuur 9 wordt het sociale netwerk van participant 4 weergegeven. Het netwerk bestaat uit zes personen, namelijk haar schoonouders, haar partner, een kennis, een vriendin/lotgenoot en haar vader. Ze heeft niemand in de intieme cirkel geplaatst, waarmee ze aangeeft dat er niemand is die heel dichtbij haar staat. Vijf van de zes relaties staan in de effectieve cirkel, waarbij vermeld moet worden dat ze eigenlijk een vriendin en een lotgenoot heeft, maar die op dit moment als één persoon ziet. Tijdens de behandeling heeft ze geen contact met deze vriendin gehad en heeft de lotgenoot deze rol overgenomen. Echter, sinds de lotgenoot de kliniek verlaten heeft, is dit contact verminderd en is ze het contact met de vriendin aan het herstellen. Ze ziet beide relaties als één persoon, omdat het contact met beide personen niet stabiel is en de één het contact van de ander afgelopen periode heeft vervangen. Om deze reden staat er vriendin/lotgenoot in het netwerk en wordt dit als één persoon beschouwd. Vijf van de zes relaties zijn in evenwicht. De relatie met haar vader staat als enige relatie in de extensieve cirkel. Ook geeft ze aan dat ze meer aan hem geeft dan dat ze van hem terugkrijgt. Daarnaast heeft haar partner een middelenverslaving, maar is hij niet opgenomen voor een behandeling. Opvallend is dat er maar één ‘eigen’ familielid in haar netwerk staat en dit familielid in de extensieve cirkel geplaatst is met een negatieve wederkerigheidsbalans.



*Figuur 9: Sociaal netwerk participant 4*

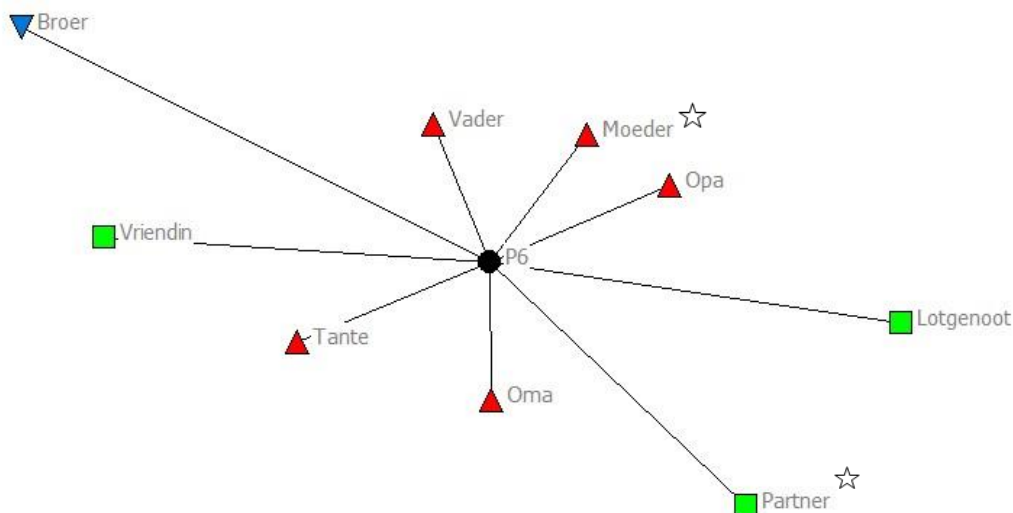
In figuur 10 wordt het sociale netwerk van participant 5 weergegeven. Het netwerk bestaat uit tien personen, waarvan er drie personen familieleden zijn, namelijk haar ouders en een zus. Verder heeft ze drie vriendinnen, twee collega's, een buurvrouw en meerdere kennissen die ze op dit moment als één groep personen in haar netwerk ziet. Hierbij moet vermeld worden dat de groep kennissen uit ongeveer 20 mensen bestaat en ze aangaf dat ze de kennissen als één groep ziet. Deze personen zijn niet zo belangrijk voor haar om ze allemaal op te schrijven en zijn daarom in de figuur zo overgenomen. Haar ouders en zus staan dichtbij haar, de vriendinnen, collega's en buurvrouw iets verder weg en de kennissen staan als enige in de extensieve cirkel. Bovendien is de relatie met de kennissen als enige relatie in het netwerk niet in evenwicht, want ze heeft het gevoel dat ze op dit moment meer van de kennissen krijgt dan dat ze aan hen geeft. De overige negen relaties zijn allemaal in evenwicht. Ze heeft één kennis waarvan ze weet dat hij ook een middelenverslaving heeft. Wat opvalt is dat deze participant een divers netwerk heeft. Zo heeft ze als enige participant ook collega's en kennissen in haar netwerk en relatief veel vriendinnen, namelijk drie.



Figuur 10: Sociaal netwerk participant 5



In figuur 11 wordt het sociale netwerk van participant 6 weergegeven. Het netwerk bestaat uit negen personen, waarvan er zes personen familieleden zijn. De familieleden zijn haar ouders, haar broer, een tante en een opa en oma. De relaties met alle zes familieleden zijn niet in evenwicht, want haar ouders, tante en opa en oma geven haar meer dan dat ze aan hen geeft. Deze vijf familieleden staan ook dichtbij haar in de intieme cirkel. Daarentegen geeft deze participant meer aan haar broer dan dat ze van hem terugkrijgt. Hij staat als enige persoon in het netwerk in de extensieve cirkel. De drie relaties in de effectieve cirkel, namelijk met haar partner, een vriendin en een lotgenoot, zijn daarentegen wel in evenwicht. Verder hebben haar moeder en haar partner ook een middelenverslaving. Opvallend in dit netwerk is dat alle relaties met familieleden niet in evenwicht zijn en haar broer als enige familielid ver van haar afstaat met een negatieve wederkerigheidsbalans, terwijl de overige vijf familieleden als enige personen dichtbij haar staan.



*Figuur 11: Sociaal netwerk participant 6*

### 5.2.3 Grootte, samenstelling en homogeniteit

Uit de analyse van de sociale netwerken blijkt dat de netwerken van de participanten uit zes tot tien personen bestaan. Eén netwerk bestaat uit zes personen, één netwerk bestaat uit zeven personen, twee netwerken bestaan uit negen personen en twee netwerken bestaan uit tien personen. De netwerken zouden als relatief kleine netwerken beschouwd kunnen worden, omdat netwerken van Nederlanders zonder psychische problematiek, waaronder verslavingsproblematiek, al uit ongeveer negentien familieleden en vrienden bestaan (Koenders et al., 2017). De twee participanten waarvan de netwerken uit zes en zeven personen bestaan, geven zelf ook aan dat ze hun netwerk klein vinden, maar participant 1 is wel tevreden met de grootte van haar netwerk, terwijl participant 4 haar netwerk graag zou willen uitbreiden.

Participanten met netwerken die uit negen en tien personen bestaan, geven net als participant 1 aan tevreden te zijn met de grootte van hun netwerk. Er zijn verder geen opvallende verschillen in grootte als het gaat om de soort verslaving, want participant 1, 2 en 6 met een drugsverslaving hebben netwerken die uit zeven, negen en tien personen bestaan en participant 3, 4 en 5 met een alcoholverslaving hebben netwerken die uit zes, negen en tien personen bestaan.

In het theoretisch kader zijn verscheidende categorieën van een informeel sociaal netwerk besproken, namelijk partner, familie, vrienden, kennissen, collega's en burens (Agneessens et al., 2006). In dit onderzoek is ook de categorie lotgenoten toegevoegd en zijn er in totaal zeven categorieën die besproken kunnen worden. In vier van de zes netwerken vormen nabije familieleden de kern van het netwerk. Bij deze vier netwerken staan de ouders allemaal dichtbij de participanten en bij twee participanten staan ook de zussen dichtbij ze. Bij de twee andere netwerken, van participanten 3 en 6, staan twee zussen en een broer daarentegen veraf in de extensieve cirkel en is er weinig contact. In de twee netwerken waar familieleden niet de kern van het netwerk vormen, spelen schoonfamilieleden wel een rol. Bovendien spelen in twee netwerken opa's en oma's een rol. Verder hebben vier van de zes participanten een partner, waarbij participant 1 en 2 een stel vormen en de partner dichtbij ze staat. Opvallend is dat de partners met ook een middelenverslaving die niet zijn opgenomen in de kliniek verder van de participanten af staan, namelijk in de effectieve cirkel. Tevens komen in alle netwerken één of meerdere vrienden/vriendinnen en/of vriendengroepen voor. Verder komen in één netwerk kennissen en collega's voor, namelijk in het netwerk van participant 5. Daarentegen hebben drie participanten een lotgenoot in hun netwerk, namelijk participant 2, 4 en 6. Tot slot spelen in de helft van de netwerken burens een rol.

Samengevat heeft participant 1 een zeer beperkte diversiteit in haar netwerk met personen uit drie categorieën, namelijk een partner, familie en vrienden. Participant 2 en 6 hun netwerken hebben een beperkte diversiteit en kunnen ingedeeld worden in de vier categorieën partner, familie, vrienden en lotgenoten. Participant 3 haar netwerk kan ook ingedeeld worden in vier categorieën, namelijk familie, vrienden, lotgenoten en burens. Participant 4 haar netwerk bestaat ook uit personen uit vier categorieën, namelijk partner, familie, vrienden/lotgenoten en burens. Participant 5 heeft het meest diverse netwerk met familie, vrienden, kennissen, collega's en burens. Kortom, in ieder netwerk komen (schoon)familieleden en vrienden voor, in vier netwerken ook een partner, in de helft een lotgenoot en/of burens en in één netwerk kennissen en collega's.

Zoals in het theoretisch kader besproken is, is er sprake van homogeniteit als individuen in een netwerk op elkaar lijken en overeenkomen in bepaalde kenmerken. In dit onderzoek is gekeken naar homogeniteit als het gaat om een middelenverslaving, met andere woorden of de ouder personen in zijn netwerk heeft met ook een middelenverslaving. In vijf van de zes netwerken is sprake van enige homogeniteit als het gaat om een middelenverslaving, omdat de ouder één of meerdere personen in het netwerk heeft met ook een middelenverslaving. Vervolgens is op basis van de vragen ‘zijn er mensen in het netwerk met wie u samen het middel gebruikte?’, ‘zijn er mensen in het netwerk via wie u aan het middel kwam?’ en ‘hoe kende u deze persoon?’ uit de interviews afgeleid of er in de relaties sprake was van selectie of socialisering. Volgens de selectieverklaring zouden mensen met een middelenverslaving in hun omgeving sociale contacten kiezen op basis van hun attitudes tegenover een middelenverslaving. Ze zouden omgaan met mensen die positief tegenover middelengebruik staan, die accepteren dat de ander middelen gebruikt en ze zouden eventueel samen het middel kunnen gebruiken. Volgens de socialiseringverklaring wordt het middelengebruik van mensen beïnvloed door hun omgeving, waardoor mensen met een verslaving gesocialiseerd worden met normen en/of groepsdruk die niet aanmoedigen om te stoppen of te minderen met gebruik van het middel, maar juist aanmoedigen om het middel te gebruiken. Tabel 4 geeft een overzicht van participanten waarbij er sprake is van homogeniteit in het netwerk. Uit de tabel valt af te lezen of er sprake is geweest van selectie of socialisering en aan welk middel de persoon uit het netwerk verslaafd is. Ook staat bij de participanten vermeld aan welk middel de participant verslaafd is.

Tabel 4: Homogeniteit: Selectie of socialisering

	<i>Participant 1</i> (cannabis)	<i>Participant 2</i> (cannabis & alcohol)	<i>Participant 4</i> (alcohol)	<i>Participant 5</i> (alcohol)	<i>Participant 6</i> (cocaïne)
Partner	Socialisering (cannabis & alcohol)	Selectie (cannabis)	Selectie (GHB)		Socialisering (cannabis)
Vriend(in)		Socialisering (cocaïne, speed, XTC, cannabis)			Socialisering (cocaïne)
Vriendengroep		Selectie (alcohol)			
Kennis				Selectie (cannabis & alcohol)	

Als er gekeken wordt naar welke personen in de sociale netwerken ook een middelenverslaving hebben en hoe dicht ze bij de participant staan, valt op dat in de netwerken waar een partner genoemd wordt de partner ook een middelenverslaving heeft. Bij twee van de netwerken, namelijk participant 1 en 2, zijn de partners in behandeling voor de middelenverslaving. Beide zijn opgenomen voor een cannabisverslaving. Participant 4 en 6 hun partners hebben ook een middelenverslaving, maar zij zijn niet opgenomen in de gezinskliniek. Bovendien zijn zij niet aan dezelfde middelen verslaafd, namelijk alcohol

& GHB en cocaïne & cannabis. Verder heeft participant 2 een vriend die dichtbij hem staat en mensen uit de politieke vriendengroep die ook een middelenverslaving hebben. De vriend gebruikt verschillende soorten drugs waar participant 2 zelf ook aan verslaafd is geweest. Voor participant 5 geldt dat ze een kennis heeft die ook een middelenverslaving heeft, onder andere ook aan alcohol, en participant 6 haar moeder heeft ook een middelenverslaving. Echter, haar moeder is verslaafd aan alcohol en cannabis, terwijl participant 6 opgenomen is voor een cocaïneverslaving. In het verleden is participant 6 wel verslaafd geweest aan cannabis. Alleen participant 3 heeft geen mensen in haar netwerk die een middelenverslaving hebben.

Een voorbeeld van socialisering is te zien bij participant 1, zij had een paar keer geëxperimenteerd met drugs toen ze haar partner (participant 2) tegenkwam, maar omdat hij al dagelijks (met vrienden) gebruikte werd ze nieuwsgierig en is ze vervolgens samen met hem cannabis gaan gebruiken.

*“Hij is wel negen jaar ouder, dus toen ik bij hem kwam, rookte hij al wiet. Ik was vrij jong, ik was 15 toen ik bij hem kwam. Hij was toen 24 jaar en toen rookte hij dus al wiet en toen werd ik er ook wel nieuwsgierig naar. Toen ben ik ook gaan blowen, maar destijds heb ik er niet echt bij nagedacht. Vanaf toen zijn we eigenlijk beide wiet gaan gebruiken en deden we dat ook vaak samen.”*

(Participant 1 over haar partner en cannabisgebruik)

Daarentegen is er bijvoorbeeld bij participant 5 en haar kennis sprake van selectie. Ze weten van elkaar dat ze middelen gebruiken, maar deden dit al voordat ze elkaar kenden. Concluderend kan gesteld worden dat er in vijf van de zes netwerken aanwijzingen zijn voor enige homogeniteit als het gaat om het hebben van een middelenverslaving. Er kan niet gesproken van homogene netwerken, omdat de netwerken voor het merendeel uit mensen zonder een middelenverslaving bestaan. Verder is er geen eenduidige verklaring naar voren gekomen voor het feit dat mensen vaak omgaan met anderen wat betreft een middelenverslaving in de zin van selectie of socialisering. Bovendien zijn er geen eenduidige resultaten als het gaat om het gebruik van dezelfde of juist verschillende middelen van participanten en mensen uit het sociale netwerk.

#### 5.2.4 Ervaren steun van het sociale netwerk

Om antwoord te kunnen geven op de vraag van wie verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek (welke soort) steun ontvangen en hoe die steun eruitziet is een *thick description* gemaakt en is de vragenlijst SSL-I als controlemiddel van en aanvulling op de uitkomsten gebruikt (zie bijlagen 8.10 en 8.11). In tabel 5 (op de volgende pagina) wordt een kort overzicht gegeven van de vijf meest genoemde redenen waarom participanten zich gesteund voelen tijdens de behandeling. Uit tabel 5 blijkt dat één reden genoemd is door alle zes participanten, drie redenen genoemd zijn door vijf participanten en één reden genoemd is door vier participanten. Bij drie van de vijf redenen gaat het om emotionele steun, bij één reden om instrumentele steun en bij één reden om waarderingssteun.

*Tabel 5: De meest genoemde redenen waardoor participanten zich tijdens de behandeling gesteund voelen door hun sociale netwerk*

<i>Reden</i>	<i>Soort steun</i>	<i>Betekenis</i>	<i>Hoe vaak genoemd</i>	<i>Van wie</i>
Interesse	Emotionele steun	Een participant voelt zich gesteund doordat mensen uit het sociale netwerk interesse in hem tonen	Totaal twintig keer door 6 participanten	(Schoon)ouders, opa, oma, tante, vriend(in), lotgenoot, burens, kennis, collega
Klaarstaan	Emotionele steun	Een participant voelt zich gesteund doordat mensen uit het netwerk voor hem klaarstaan	Totaal negen keer door 5 participanten	(Schoon)ouders, zus, partner, opa, oma, tante, vriend(in), lotgenoot
Langskomen	Emotionele steun	Een participant voelt zich gesteund doordat mensen uit het sociale netwerk langskomen in de gezinskliniek of thuis tijdens verlof	Totaal acht keer door 5 participanten	Ouders, zus, opa, tante, vriend(in), buurvrouw, collega's
Huis & tuin	Instrumentele steun	Een participant voelt zich gesteund doordat mensen uit het sociale netwerk voor het huis en/of de tuin zorgen tijdens de behandeling	Totaal zeven keer door 5 participanten	(Schoon)ouders, schoonbroer/zus, burens, kennis
Complimenten	Waarderingssteun	Een participant voelt zich gesteund doordat hij complimenten krijgt van mensen uit het sociale netwerk	Totaal twaalf keer door 4 participanten	(Schoon)ouders, zus, vriend(in), buurvrouw, opa, oma, tante

Uit tabel 5 blijkt dat 'interesse' de meest voorkomende reden is dat participanten zich gesteund voelen tijdens de behandeling. Deze reden is door alle zes participanten genoemd. De participanten ervaren interesse van mensen uit het sociale netwerk tijdens online contact, zoals via WhatsAppberichten, maar ook tijdens videobellen en real-life contact, bijvoorbeeld bij gesprekken tijdens het bezoek in het weekend.

*“Ik voel me gesteund doordat ze me bellen of appen en dan vragen hoe het met me gaat.”*

(Participant 3 over haar ouders en een vriend)

Drie participanten ontvangen deze vorm van emotionele steun van hun ouders, drie participanten van een vriend(in), één participant van een zus, één participant van zijn schoonouders, één participant van de burens, één participant van een kennis en collega's, één participant van een lotgenoot en één participant van haar opa, oma en tante. Ook blijkt dat participanten zich gesteund voelen doordat mensen uit het sociale netwerk laten merken dat ze aan de participanten denken. Mensen uit het sociale netwerk laten merken dat ze aan de participanten denken door middel van een kaartje, een WhatsAppbericht of het letterlijk zeggen en dit doet de participanten goed. Participant 5 vertelt er het volgende over:

*“Ik weet dat ze aan me denken omdat ik gewoon regelmatig een leuk kaartje ontvang, van de week kreeg ik ook weer een heel lief kaartje van een goede kennis met ‘hier even een opkikkertje’, omdat ze weet dat ik het moeilijk heb hier. En nou ja dan zit ik hier drie maanden, volgens mij heeft ze al vijf kaarten gestuurd, dan krijgt mijn dochter weer één en ik ook één, dan krijgen we ieder apart een kaart, en dat vind ik gewoon*

*superlief.”*

(Participant 5 over een kennis)

Verder komt inductief uit de interviews naar voren dat niet alleen interesse in de participant en de behandeling als steun ervaren wordt, maar participanten het praten met mensen uit hun sociale netwerk over koetjes en kalfjes ook als prettig ervaren. Participant 1 licht bijvoorbeeld toe dat gesprekken niet altijd over haar of de behandeling hoeven te gaan om steun te ervaren.

*“We bellen veel en dan hebben we het over hoe het gaat en vooral in het begin was het vaak dat ik ze huilend opbelde en ze zeiden dat ik het goed deed. Maar we hebben het dan ook over ditjes en datjes hoor, koetjes en kalfjes en zo, want het hoeft niet altijd ergens over te gaan. Dat we al die dingen kunnen bespreken vind ik heel erg fijn.”*

(Participant 1 over haar moeder en zus)

Een tweede reden waarom ouders zich gesteund voelen tijdens de behandeling is (het besef) dat mensen uit het sociale netwerk voor hen klaarstaan tijdens en na de behandeling. Deze reden is door vijf participanten genoemd. De participanten zeggen dat ze van bepaalde mensen weten dat ze er zijn op het moment dat zij ze nodig hebben. Participant 4 geeft bijvoorbeeld aan dat ze het belangrijk vindt dat ze weet dat er mensen voor haar klaarstaan.

*“Wetende dat er mensen zijn die buiten toch voor je klaarstaan, dat is heel belangrijk, dat je dat weet. Kijk, ten allereerste moet je weten dat je op jezelf kunt bouwen en dat kan ik ook, dat kan ik nu, maar dat je gewoon niet helemaal alleen bent. En dat kan ik wel, maar toch is het gewoon fijn dat je weet dat er mensen zijn, dat als er iets is, dat ze er voor je zijn en je er niet alleen voor staat.”*

(Participant 4 over haar schoonouders en een lotgenoot)

Voorbeelden van momenten waarop personen uit het sociale netwerk voor de participanten klaarstaan, zijn momenten waarop de participanten een luisterend oor, opbeurende woorden of juist humor nodig hebben, maar ook praktisch dat mensen uit het sociale netwerk iets langs komen brengen bij de gezinskliniek of er op belangrijke gebeurtenissen zijn, zoals bij een verjaardag van de kinderen. Participant 2 geeft bijvoorbeeld aan dat hij soms de humor van zijn zwager nodig heeft, omdat hij op dat moment de enige man was die was opgenomen in de kliniek.

*“Mijn zwager die me helpt, even helpt om de humor er weer van in te zien, dat is soms ook nodig hier. Ik zit hier toch wat in een kippenhok met al die vrouwen en dan heb ik dat geouwehoer met een man soms echt even nodig.”*

(Participant 2 over zijn zwager)

Twee participanten hebben ouders die voor ze klaarstaan, ook hebben twee participanten een lotgenoot die voor ze klaarstaat, één participant noemt haar schoonouders, één participant haar zus en haar vriendinnen en één participant haar tante en opa en oma. Bovendien geven participant 1 en 2 (elkaars partners) aan dat

ze heel blij zijn dat ze samen zijn opgenomen en veel aan elkaar hebben. Participant 1 zegt er onder andere het volgende over:

*“We hebben echt veel aan elkaar. De moeders die hier alleen zitten moeten het toch allemaal maar alleen doen. Iedereen hier zegt: ‘Jullie hebben een bondje’, maar wij zijn ook gewoon een bondje. Ik bedoel met je partner heb je dat, het zou ook niet goed zijn als we dat niet zouden hebben, maar ik vind het heel fijn dat we ’s avonds met elkaar kunnen praten en gewoon dat we elkaar helpen, hij past nu bijvoorbeeld op de jongste.”*

(Participant 1 over haar partner)

Uit de interviews komt ook inductief naar voren dat verschillende participanten het waarderen dat mensen die geen familie zijn, zoals vriendinnen of ouders van een partner, ze niet laten vallen en er nog steeds voor de participant zijn. Ze zijn dankbaar dat het contact ook tijdens de behandeling blijft. Participant 5 licht toe:

*“Weet je, dat mijn familie er voor me is, is nog tot daaraan toe, dat is mijn familie, maar ook dat het contact met mijn vriendinnen blijft. Voor hen is het natuurlijk heel erg makkelijk om wel de andere kant op te kijken, maar dat doen ze niet. Dat vind ik gewoon heel erg tof en ben echt ik heel blij mee!”*

(Participant 5 over haar vriendinnen)

Eén participant heeft niet genoemd dat hij zich gesteund voelt doordat mensen voor hem klaarstaan. Dit zou verklaard kunnen worden doordat hij graag contact had gewild met zijn eigen familie, want hij heeft al langere tijd een conflict met zijn broer en zus. Hij geeft aan dat ze nu steun van alleen de familie van zijn partner krijgen en het toch anders was geweest als er ook contact met zijn familie was geweest.

*“Het was wel fijn geweest als er van mijn kant ook familie was geweest, het contact met de mensen waar nu geen contact mee is. Ik weet ook dat dat wel goed voor mij was geweest, dat we ook mensen van mijn kant zouden hebben en niet alleen maar steun van haar kant. Mijn schoonfamilie is toch niet mijn familie, niet directe familie, nee dat is toch echt anders. Ik zit bijvoorbeeld ook niet bij die systeemgesprekken.”*

(Participant 2 over zijn (schoon)familie)

Een derde veelvoorkomende reden dat participanten zich gesteund voelen is dat mensen uit het sociale netwerk de moeite nemen om langs te komen bij de kliniek tijdens de bezoeken, de therapieën en/of ze langskomen tijdens het verlof van de participant bij hen thuis. Deze reden is ook door vijf participanten genoemd en is inductief uit de analyses naar voren gekomen. De participanten waarderen dat mensen uit het sociale netwerk langskomen, omdat de fysieke afstand vaak groot is. Bij alle participanten wonen de contacten uit het sociale netwerk minimaal één uur reizen bij de kliniek vandaan. Een participant zegt hier bijvoorbeeld het volgende over:

*“Mijn opa en tante zijn mee geweest naar het belangrijke mensen gesprek, vorige week, ja afgelopen maandag. Ik vond het fijn dat ze waren gekomen, want het is ook best duur qua benzine, wel 100 euro heen en weer, maar ze zeiden dat ze trots op me zijn en dat het ook wel moeilijk is geweest. Mijn oma die kan*

*helaas niet reizen, maar mijn opa wilde er wel graag bij zijn, die is altijd wel betrokken geweest bij mij.”*

(Participant 6 over haar opa, oma en tante)

Bovendien moeten alle personen die langs willen komen eerst gescreend worden door een behandelaar en dit ervaren sommige participanten als een drempel voor hun naasten. Wel begrijpen participanten waarom behandelaars op de kliniek naasten graag eerst een keer willen spreken voordat ze langs kunnen komen, zoals het volgende citaat toelicht.

*“Dat ze dan eerst langs de systeemtherapeut moeten werpt wel een drempel op vind ik en dan moet je ook nog eens vertellen dat als ze de indruk krijgen dat je onder invloed bent, want deze vriend rookt nog wel eens een keer een blowtje, dat je dan niet kunt komen. Dat die drempel zo hoog is voor echt fysiek contact, dat vind ik soms wel jammer, maar ook wel weer begrijpelijk. Je moet toch ook oppassen wat je hier in huis haalt.”*

(Participant 2 over de screening)

Daarnaast wordt het langskomen bij systeemtherapie door drie van de vijf participanten genoemd, want dit zijn vaak meerdere gesprekken waar nabije familieleden meerdere keren langskomen en bereid zijn om de afstand af te leggen en persoonlijke problemen te bespreken.

*“Mijn ouders zijn vaak op systeemgesprekken geweest, want er moest een hoop hersteld worden, maar ook zochten ze me steeds weer op in het weekend. Ze moeten toch elke keer wel heen en weer voor mij.”*

(Participant 3 over haar ouders)

Eén participant heeft deze vorm van emotionele steun niet genoemd tijdens het interview. Dit zou te maken kunnen hebben met dat alleen haar partner een paar keer is langsgesproken tijdens de behandeling, maar hij aan het einde van haar behandeling teruggevallen is in zijn eigen verslaving (GHB, gamma-hydroxyboterzuur) en daardoor niet meer welkom is op de kliniek.

*“Er is voor mij geen bezoek geweest nee, alleen mijn vriend een paar keer voor de observaties met de kinderen. Dat was voor zijn terugval. Verder zijn er geen belangrijke mensen bij betrokken geweest. Dat is natuurlijk verdrietig, maar ik heb het geaccepteerd voor mezelf. Ik gebruik de weekenden ook wel om naar mijn zoon te gaan.”*

(Participant 4 over het ontvangen van bezoek)

Een vierde reden die door vijf participanten is genoemd, is dat mensen uit het sociale netwerk voor hun huis en/of tuin zorgen. Deze reden is ook inductief uit de interviews naar voren gekomen. De participanten waarderen dat mensen uit het sociale netwerk ervoor zorgen dat het huis netjes blijft en/of de tuin wordt bijgehouden. Een participant vertelt hier het volgende over:

*“Ook de schoonouders en mijn schoonzus die even de woning netjes maken. Schoonvader, komt hij toch (lacht), die even een stukje behang doet, dat soort dingen en de overburen, daarvan wil de man onze tuin*



*wel doen. Dat soort dingen waardeer ik wel ja."*

(Participant 2 over zijn schoonouders, schoonzus en burens)

Bij een andere participant woont een dochter van een kennis in haar huis, zodat het huis bewoond blijft en de dochter op zichzelf kan wonen. De mensen die voor het huis en de tuin van de participanten zorgen zijn bij twee participanten de ouders, bij twee participanten de schoonouders, bij één participant een schoonzus en bij één participant een kennis en de burens. De reden dat deze steun niet door de zesde participant is genoemd, is omdat zij voor de behandeling geen eigen huis meer had en op straat leefde. Na de behandeling verhuist ze waarschijnlijk naar een plek waar ze beschermd kan wonen.

*"Het ging helemaal mis daar, want in mijn straat woonden ook alleen maar dealers en junkies en toen kreeg ik verkeerde vrienden. Op een gegeven moment raakte ik ook in de problemen qua huur en ben ik mijn huis kwijtgeraakt. Toen ben ik op straat gekomen, in de bewindvoering, dat is ook helemaal fout gegaan en toen had ik dus ook geen geld, helemaal niks."*

(Participant 6 over haar huis)

Een vijfde reden waarom participanten zich gesteund voelen, is het krijgen van complimenten van mensen uit het netwerk. Deze reden wordt door vier participanten genoemd. Voorbeelden van complimenten zijn dat mensen zeggen dat de participanten het goed doen, ze verandering merken in het gedrag en er ook fysiek een verandering zichtbaar is, zoals participant 2 vertelt.

*"En dat ze dan zeggen: 'Goh, je bent een stuk rustiger en zoveel kilo aangekomen, je ziet er goed uit.' Dat is toch fijn om te horen als ze hier langskomen, dat ze die verandering zien."*

(Participant 2 over zijn schoonouders)

Ook zijn mensen uit de omgeving trots en zeggen ze dat het goed voor de participanten en kinderen is dat ze in behandeling zijn, zoals een citaat hieronder toelicht.

*"Ze geven me aanmoedigingen, dat ik het zo goed doe en ook dat ze verandering merken, dat er verandering zichtbaar is. En ook dat het goed is voor mezelf dat ik hier zit en voor de kinderen, met name ook voor onze oudste. Onze oudste, dat is een jongetje met een gebruiksaanwijzing. Daar heb ik al heel lang en vaak om hulp voor gevraagd, maar dat wordt nu eindelijk gezien en dat ik denk: 'Hèhè, zie je wel'. Dat we ook het gevoel hebben dat we voor hem nu op de juiste plek zitten. Wij veranderen, maar er wordt ook naar hem gekeken en dat voelt heel fijn."*

(Participant 1 over haar ouders, zus en vriendinnen)

Drie participanten krijgen deze vorm van waarderingssteun van hun ouders, drie participanten van een vriend(in) of vriendengroep, twee participanten van hun zus en opa en oma, één participant van zijn schoonouders, één participant van een buurvrouw en één participant van haar tante. Daarnaast zijn er twee participanten die deze vorm van steun niet genoemd hebben. Eén van de participanten heeft zich tijdens de behandeling eenzaam en in de steek gelaten gevoelt door haar naaste familie. Bovendien had haar partner last van terugvalproblematiek en voelde ze zich door hem bedrogen, waardoor er niemand meer dichtbij

haar stond. Een andere participant geeft aan dat het eigenlijk niet goed met haar gaat en ze het heel erg moeilijk heeft. Ook hebben haar ouders en zus het er moeilijk mee dat ze opgenomen is. Deze omstandigheden zouden ervoor kunnen zorgen dat ze geen complimenten ontvangt en/of er niet voor openstaat.

*“Ik heb het gewoon best wel zwaar hier en mijn ouders hebben het er zelf al heel erg moeilijk mee dat ik hier zit. Ze missen mij en hun kleinkind en maken zich zorgen. Met hen heb ik ook hele andere gesprekken, dat is anders dan met vrienden en kennissen weet je, omdat ze heel dichtbij je staan en er anders in staan.”*

(Participant 5 over haar ouders)

In het theoretisch kader is een indeling van verschillende soorten sociale steun besproken, namelijk emotionele steun, informatiele steun, instrumentele steun en waarderingssteun (Berkman et al., 2000; House, 1981; Weiss, 1974). Uit de interviews en de vragenlijst is naar voren gekomen dat de ouders alle vier de soorten steun in meer of mindere mate ervaren tijdens de behandeling. Als er gekeken wordt welke uitspraken participanten deden als er gevraagd werd waardoor ze zich gesteund voelen, vallen deze uitspraken voornamelijk onder de soort emotionele steun. Deze soort steun wordt ook het vaakst genoemd tijdens de interviews. Totaal zijn er zeventien uitspraken die geclassificeerd kunnen worden als emotionele steun, waar het volgende citaat een voorbeeld van is.

*“Ik voel me vooral gesteund doordat zij bij mijn behandeling waren betrokken, me opzochten, vroegen hoe het ging en zich om me bekommerden eigenlijk, ja.”*

(Participant 3 over emotionele steun)

Andere voorbeelden die onder emotionele steun vallen zijn dat participanten toekomstplannen maken met mensen uit het sociale netwerk, er naar ze geluisterd wordt, ze zich serieus genomen voelen en anderen ze begrijpen. Dit resultaat wordt ondersteund door de uitkomst van de vragenlijst SSL-I, waaruit blijkt dat alle participanten af en toe tot regelmatig emotionele steun ervaren (zie bijlage 8.11). Verder ervaren participanten ook waarderingssteun. Vier uitspraken konden als waarderingssteun geclassificeerd worden, zoals in vertrouwen worden genomen en dat mensen uit het sociale netwerk zeggen in de participant te geloven.

*“Ik moest wel vertrouwen winnen, het vertrouwen moest wel herstellen. Soms vinden ze dingen nog steeds wel eng, maar ze hebben er nu wel steeds meer vertrouwen in dat ik het gewoon kan en dat ik het goed ga doen. Ze geloven nu wel in een goede afloop.”*

(Participant 6 over waarderingssteun)

Uit de vragenlijst SSL-I blijkt ook dat de participanten af en toe tot regelmatig waarderingssteun ervaren (zie bijlage 8.11). Verder ervaren participanten ook instrumentele steun vanuit hun netwerk. Tijdens de interviews zijn er zeven uitspraken gedaan die als instrumentele steun geclassificeerd konden worden. Voorbeelden zijn, naast het verzorgen van het huis en/of de tuin, het zorgen voor vervoer en eten, oppassen

op de kinderen en financiële steun. Echter, bij instrumentele steun hangt het er ook vanaf of de participant deze vorm van sociale steun toelaat, zoals het volgende citaat toelicht.

*“Ik doe heel veel zelf, maar het is soms wel fijn, bijvoorbeeld de moeder van mijn vriend, die brengt af en toe eten, dat soort dingetjes. Dat is voor mij, ja ik ben dat niet gewend.”*

(Participant 4 over instrumentele steun)

Ook dit resultaat wordt ondersteund door de vragenlijst SSL-I, waaruit blijkt dat participanten gemiddeld af en toe instrumentele steun ervaren (zie bijlage 8.11). De vierde soort steun, informatieve steun, is door geen van de participanten genoemd als steun vanuit het sociale netwerk. Echter, als er naar de uitkomst van de vragenlijst SSL-I wordt gekeken, blijkt dat participanten deze vorm van steun wel af en toe tot regelmatig ervaren (zie bijlage 8.11). Dit verschil kan verklaard worden doordat er bij de *thick description* is gekeken naar steun vanuit het informele sociale netwerk van de participant. Hierin zijn formele relaties, zoals de relatie tussen cliënt en hulpverlener, niet meegenomen. In de vragenlijst kunnen daarentegen wel de formele relaties van de participant meegenomen zijn, want uit de interviews blijkt ook dat participanten tijdens de behandeling informatieve steun van behandelaren ontvangen als er gevraagd wordt naar hoe de participanten de behandeling ervaren. Zoals in het theoretisch kader besproken is, draait het bij informatieve steun om het krijgen van informatie en adviezen. Voorbeelden van informatieve steun zijn het krijgen van opbouwende kritiek, dat anderen laten merken wat er van de participant verwacht wordt, de participant laten begrijpen waarom hij iets niet goed deed en de participant informatie over zijn/haar gedrag geven. Deze vormen van informatieve steun komen allemaal voor tijdens de behandeling, zoals de volgende citaten laten zien.

*“Ik voel me daarin ook wel gesteund door de behandelaren en de sociotherapeuten. We vinden het heel fijn om te horen vanuit de ogen van een professional wat we goed doen en waar we nog aan moeten werken.*

*Die hebben er toch wel voor geleerd en er wel verstand van.”*

(Participant 2 over de behandelaren)

*“Er wordt altijd op je gelet. Ze kijken ook naar je dochter, hoe je dochter het doet, maar ook hoe jij het doet en erbij loopt. Ja je wordt, zeker in het begin, veel geobserveerd, maar eigenlijk tot het laatst aan toe, dus nu nog en vervolgens word je er dan op aangesproken van: ‘Hoe zou je dit anders kunnen doen?’ en geven ze adviezen en zo. Ook letten ze op je appartement, dat dat er wel netjes uitziet, schoon is en opgeruimd is en blijft, ja dat doen ze wel, maar dat is ook goed natuurlijk.”*

(Participant 3 over de behandelaren)

*“Je toch even confronteren met je gedrag, want soms dacht ik echt van: ‘Wat doe ik in vredesnaam weer verkeerd?’. Dan neem ik soms te veel hooi op mijn vork en dat kan ik soms niet aan en toch ga ik door, dan kreeg ik een extra groep bijvoorbeeld en dacht ik van: ‘Wat is dit nou weer?’ en zeiden ze dat het bij alcoholisme hoort, niet je verantwoordelijkheid nemen. Dan dacht ik: ‘Wow’ en dat komt dan heel hard over, maar ja ik zie wel in dat dat toen nodig was. Het was toen vervelend maar nu zie ik in dat ze me juist*

*proberen te steunen daarin. Zo voelt dat nu wel ja.”*

(Participant 4 over de behandelaren)

Concluderend kan gesteld worden dat participanten zich tijdens de behandeling voornamelijk gesteund voelen door het ontvangen emotionele steun. Meestal ontvangen ze emotionele steun van mensen die dichtbij de participant staan, zoals familie, partners en vrienden. Verder voelen participanten zich gesteund door het ontvangen van waarderingssteun en deze soort ontvangen participanten van alle mensen uit het netwerk. Hierbij speelt het ook een rol dat mensen die verder van de participant afstaan voor de opname vaak minder van de problematiek mee hebben gekregen. Bovendien voelen de meeste participanten zich gesteund door het ontvangen van instrumentele steun van hun sociale netwerk. Meestal ervaren ze instrumentele steun van burens en ouders als het gaat om het verzorgen van het huis, de tuin en eventuele huisdieren, maar ook als ze ergens kunnen eten en logeren. Burens spelen voornamelijk vanuit praktische overwegingen een rol, het handig is dat zij de tuin en/of dieren verzorgen omdat ze dichtbij wonen. Ook voelen participanten zich gesteund door het ontvangen van informatieve steun. Deze soort steun ontvangen ze van behandelaren, maar deze relaties worden als formele relaties beschouwd en behoren dus niet tot het informele sociale netwerk van de participanten. Tot slot kan gesteld worden dat er geen andere soort steun uit de interviews naar voren is gekomen die niet onder te verdelen valt in de vier besproken soorten steun.

#### 5.2.5 Het missen van steun van het sociale netwerk

Uit de interviews is op basis van de vragen ‘wat maakt dat u zich wel/niet gesteund voelt?’ en ‘wat zou ervoor kunnen zorgen dat u zich meer gesteund voelt door uw omgeving?’ inductief naar voren gekomen dat de participanten soms ook bepaalde steun missen en zich hierdoor minder gesteund voelen tijdens de behandeling. Om deze reden is er ook een *thick description* gemaakt van wat maakt dat participanten zich minder gesteund voelen en door wie de gewenste steun niet wordt gegeven (zie bijlage 8.10). In tabel 6 wordt een kort overzicht gegeven van de drie meest genoemde redenen die participanten hebben gegeven. Uit tabel 6 blijkt dat één reden genoemd is door vier van de zes participanten, één reden genoemd is door drie participanten en één reden genoemd is door twee participanten. Alle drie de redenen vallen onder emotionele steun.

*Tabel 6: De meest genoemde redenen waardoor participanten zich tijdens de behandeling minder gesteund voelen door hun sociale netwerk*

<i>Reden</i>	<i>Soort steun</i>	<i>Betekenis</i>	<i>Hoe vaak genoemd</i>	<i>Met/door wie</i>
Geen contact	Emotionele steun	Een participant voelt zich minder gesteund doordat er tijdens de behandeling geen contact is geweest met mensen waarmee een participant dit wel had gewild	Totaal tien keer door 4 participanten	Vader, broer, vriend(in), partner, kennis
Eenzaam en in de steek gelaten voelen	Emotionele steun	Een participant voelt zich minder gesteund door mensen uit het sociale netwerk omdat ze hem in de steek gelaten hebben	Totaal elf keer door 3 participanten	Vader, broer, vriend(in), partner, lotgenoot
Conflicten	Emotionele steun	Een participant voelt zich minder gesteund	Totaal vijf keer	Ouders, zus,

doordat hij conflicten en/of irritaties heeft (gehad) met mensen uit het sociale netwerk	door 2 participanten	lotgenoten, vriend
---	----------------------	-----------------------

Uit tabel 6 blijkt dat ‘geen contact’ de meest voorkomende reden is dat participanten zich minder gesteund voelen tijdens de behandeling. Mensen uit het sociale netwerk hebben gezegd tijdelijk geen contact te willen, nemen geen contact op of beantwoorden het contact van de participant niet. Ze zijn teleurgesteld en voelen zich gekwetst. Een participant geeft bijvoorbeeld aan dat het contact met haar beste vriend is verwaterd tijdens de behandeling. Een andere participant haar zus heeft bijvoorbeeld gezegd tijdelijk geen contact te willen, omdat de participant familieaangelegenheden negatief beïnvloed heeft.

*“Eén van mijn zussen heeft ook aangegeven dat ze even geen contact wilde. Die heeft later gezegd: ‘Ja, je hebt een hoop familieaangelegenheden wel negatief beïnvloedt’, dus dat heeft tijd nodig gehad. Ik begrijp haar wel, maar toch doet het zeer, want het blijft je zus.”*

(Participant 3 over een zus)

Een tweede reden die participanten noemen, is dat ze zich eenzaam en in de steek gelaten voelen. Bij één van de participanten viel haar vriend terug in zijn drugsgebruik en verborg dit voor haar, terwijl zij in de uitstroomfase zat en het beter met haar ging. Ze vindt dat hij haar heeft laten vallen, en ook de kinderen, omdat zij hem nu ook niet meer kunnen zien. Bovendien speelt lichamelijk misbruik binnen de familie en toen ze aan het begin van de behandeling de vader, een familielid, hiermee durfde te confronteren heeft ze daarna niks meer gehoord van haar familie. Voor haar gevoel laten ze haar links liggen. De mensen waar het om gaat zijn haar vader, broer en een vriendin die erbij betrokken werd. Ze zegt hier onder andere het volgende over:

*“Ik heb vrijwel de gehele behandeling geen contact met mijn vader gehad en tot nu toe ook niet met mijn broer. En met mijn vriendin, ja, op een gegeven moment ook niet meer, want zij heeft ook contact met mijn familie en nou, toen hoorde ik ook niets meer. Ik heb echt het gevoel gehad dat ze ons gewoon links lieten liggen. Dat was heel moeilijk, ik voelde me echt in de steek gelaten.”*

(Participant 4 over haar vader, broer en een vriendin)

Bij twee andere participanten speelt de groep waarmee ze de behandeling volgen een grote rol, want één van de participanten heeft geen lotgenoot waar ze goed mee op kan schieten en voelt zich eenzaam binnen de groep. Bovendien heeft ze vaak conflicten met lotgenoten, zoals bij de volgende reden toegelicht wordt. De andere participant heeft zich eenzaam gevoeld, omdat ze als enige cliënt zwanger was en aangaf dat voor haar gevoel de eerste maanden heel lang duurden. Verder heeft ze tijdens de zwangerschap een terugval gehad, waardoor ze drie maanden niet meer de kliniek uit mocht en ook geen real-life contact met haar familie kon hebben.

*“Ik zat hier als enige vier maanden zonder kind en ik was helemaal alleen zonder mijn familie, ook nog met de feestdagen. Je hebt dan echt het gevoel van ‘wat doe ik hier?’. Ik denk dat het wel extra moeilijk is, ook omdat je gewoon in afwachting zit, alleen bent en het duurt dan echt heel lang. Ja, je bent echt geïsoleerd*

*en je zit hier alleen maar binnen in afwachting van je kind.”*

(Participant 6 over eenzaamheid)

Een derde reden waarom participanten zich minder gesteund voelen is het hebben van conflicten met mensen uit het sociale netwerk. Een participant heeft ruzie met zijn broer en zus, dit contact is al een aantal jaren verbroken. Hij geeft aan dat het goed voor hem zou zijn als dit contact hersteld zou worden, zodat er ook van zijn kant familie in beeld is, maar tot nu toe is er van beide kanten geen actie ondernomen. Bovendien heeft hij ruzie met een vriend, maar wil hij graag het contact herstellen.

*“Er is op Vossenloo wat gebeurd waardoor we geen contact meer hebben, maar hij was in het voortraject wel heel belangrijk. Ik heb hem nu iets van vijf maanden niet gesproken denk ik, maar ik wil het contact wel graag herstellen. Hij is toch wel belangrijk ja.”*

(Participant 2 over een vriend)

De andere participant heeft conflicten gehad met haar ouders en zus tijdens haar eerste verlofperiode. Daarnaast heeft ze geregeld conflicten met lotgenoten binnen de groep waar ze van baalt, omdat ze buiten de kliniek juist een uitgebreid netwerk heeft en behoefte heeft aan steun van iemand uit de groep die haar begrijpt.

*“Het is zo een groot contrast met thuis. Ik heb daar heel veel vrienden en kennissen en hier lig ik gewoon steeds in de clinch, dan denk ik: ‘Oh het is nu eindelijk rustig’, en hup en dan gebeurt het volgende weer en lig ik weer met die in de clinch en denk ik: ‘Oh nee, niet weer’. Ik mis gewoon iemand waar ik op kan bouwen hier.”*

(Participant 5 over haar lotgenoten)

Participanten geven aan soms emotionele steun van hun netwerk te missen. Naast de drie net genoemde redenen noemt een participant ook dat ze zich soms niet begrepen voelt door mensen uit het sociale netwerk. Een andere soort steun die participanten aangeven soms van hun sociale netwerk te missen is waarderingssteun. Participanten voelen zich soms niet gewaardeerd omdat ze kritiek krijgen van mensen uit het sociale netwerk en niet geloofd worden door mensen uit het sociale netwerk, zoals participant 4 toelicht.

*“Dan zeiden ze dat het vertellen van het misbruik misschien een schreeuw om aandacht was. Ik had niet het gevoel dat ze ons geloofden en dat doet zeer.”*

(Participant 4 over haar vader, broer en een vriendin)

Ook geven participanten aan soms informationele steun van hun netwerk te missen. In plaats van juiste informatie en adviezen krijgen, worden sommige participanten voorgelogen, zoals participant 4 door haar partner over zijn terugval. Verder is participant 6 voorgelogen door een lotgenoot en heeft ze zich vervolgens laten gebruiken, omdat ze de lotgenoot geloofde. Ze vertelt er het volgende over:

*“Ik kon wel goed met haar opschieten, maar ik ben toen in het begin van m’n behandeling een keer voor haar karretje gespannen, een paar keer zelfs. Ik denk dat ze ook echt weer in gebruik was maar daar kwam ik pas later achter. Ik heb haar geld geleend, dat was voor haar zoontje zei ze, en ik heb een keer voor haar geplast zeg maar, ja toen had ik het eigenlijk al moeten weten, maar ze zei tegen mij dat ze een pakje had gevonden in haar vriend haar broekzak, dus dat ze eraan had gelikt om te kijken wat het was. Aan de andere kant had ik ook wel kunnen weten dat het eigenlijk bullshit was natuurlijk, maar op dat moment geloofde ik haar. Toen er eenmaal cocaïne en zo werd gevonden bij een kamercontrole bij haar heb ik het ook maar eerlijk toegegeven, maar nu vind ik het echt naïef dat ik haar geloofde en me zo liet gebruiken.”*

(Participant 6 over een lotgenoot)

Verder hebben participanten geen uitspraken gedaan die geclassificeerd kunnen worden als het missen van instrumentele steun. Concluderend, als het gaat om steun die bepaalde participanten soms missen tijdens de behandeling, blijken participanten vooral emotionele steun van hun sociale netwerk te missen. Hierdoor voelen ze zich minder gesteund door hun netwerk. Het gaat vooral om familieleden in de intieme cirkel, zoals ouders en een broer/zus en bij een participant om haar partner. Daarnaast spelen bij twee participanten lotgenoten een grote rol in redenen waarom ze zich minder gesteund voelen door onderlinge conflicten en leugens. Deze uitkomst sluit aan bij de conclusie uit de vorige paragraaf, waarin gesteld werd dat participanten zich voornamelijk gesteund voelen door het ontvangen van emotionele steun van mensen die dichtbij staan, zoals familieleden. Hieruit blijkt dat voornamelijk emotionele steun voor participanten belangrijk is om zich gesteund te voelen door het sociale netwerk. Kortom, als er gekeken wordt naar redenen waardoor ouders zich gesteund voelen en redenen waardoor ze zich minder gesteund voelen, komt naar voren dat ouders zich het meest gesteund voelen als ze emotionele steun ontvangen van mensen binnen én buiten de kliniek.

#### 5.2.6 De betekenis van ervaren steun

De derde deelvraag die onder de functie sociale steun van het sociale netwerk valt betreft de betekenis voor verslaafde ouders van ervaren steun uit het sociale netwerk tijdens hun behandeling in een gezinskliniek. Participanten geven aan dat ze allemaal steun ervaren tijdens de behandeling. Het doet ze goed en ze voelen zich er gesterkt door. Hierbij vergelijken ze hun eigen netwerk ook met het netwerk van andere ouders in de kliniek. Een participant licht bijvoorbeeld toe dat er participanten zijn die geen tot weinig familie en vrienden hebben en dat haar dat eenzaam lijkt. Ze is heel erg blij dat zij die mensen wel om haar heen heeft, ook al is het een beperkt groepje.

*“Ik voel me best wel gesterkt door de steun. Er zitten hier ook wel mensen die geen tot weinig familie en vrienden of vriendinnen hebben en dat lijkt me best wel eenzaam, als je dat niet hebt. Dus ik ben wel heel erg blij, ook al is het dus een vrij beperkt groepje, dat ik dat wel heb. Ik heb liever een hand vol wat goed is.”*

(Participant 1 over de betekenis van steun)

Een andere participant geeft aan dat de steun een belangrijke drijfveer voor hem is. Het is een motivator dat mensen in hem geloven en hij er niet alleen voor staat. Verder wordt hij door de complimenten eraan herinnerd hoe ver hij is gekomen en dit maakt hem trots. Een derde participant geeft aan dat de steun van anderen haar soms door een moeilijke dag heen sleept, bijvoorbeeld als ze een lastige therapiesessie heeft gehad. Verder heeft ze het idee dat ze er niet alleen voor staat als ze weer naar huis gaat en dat ze ondanks haar verslaving niet haar netwerk is kwijtgeraakt. Bovendien wil ze de mensen om haar heen trots maken door de behandeling af te ronden en straks te laten zien dat ze een leven zonder middelen vol kan houden. Dit is voor haar een motivator om door te zetten.

*“De steun betekent veel voor mij, ik heb het idee dat ik er niet alleen voor sta en ook als ik weer terug naar huis ga. Ondanks mijn verslaving ben ik niet mijn netwerk kwijtgeraakt en is dat nog te herstellen. Ik wil ze ook laten zien dat ik het kan, dat bewijs ik nu hier al acht maanden maar ik wil ze het straks ook buiten laten zien als ik de behandeling heb afgerond.”*

(Participant 3 over de betekenis van steun)

Een vierde participant geeft aan dat het contact en de steun met haar vriend in het begin van de behandeling haar weer een beetje opbeurde en steun binnen de kliniek haar door een hele rottige periode heeft gesleept. Participant vijf geeft aan dat ze denkt dat de steun goed is voor haar herstel, ze voelt zich gesterkt als ze bijvoorbeeld naar kaartjes kijkt en eraan herinnerd wordt dat mensen aan haar denken. Hierdoor wil ze niet iedereen teleurstellen en vindt ze dat ze de behandeling af moet maken.

*“Mensen wensen je succes en als ik weer even naar die kaartjes kijk en zie van ‘we denken aan je’, en ‘wat dapper dat je dit doet’, weet je wel, dat sterkt je wel. Want ik wil ook niet iedereen teleurstellen, dat ik eerder stop of nee. Ik zit eigenlijk hier van ‘ik moet het hier gewoon afmaken en doen’, ook al denk ik af en toe van, vanochtend ook, dat ik echt denk van ik wil weg hier en naar huis.”*

(Participant 5 over de betekenis van steun)

De laatste participant lukte het niet goed om te verwoorden wat de steun voor haar betekent, maar ze geeft wel aan dat het heel veel voor haar betekent en ze zich er minder alleen door voelt, ondanks dat iedereen ver weg is. Concluderend zorgt de steun uit het sociale netwerk voor een verminderd gevoel van eenzaamheid, verhoogde zelfwaardering, motivatie om de behandeling af te maken, motivatie om mensen uit het netwerk trots te maken en hoop op een goede toekomst. Al met al geeft iedereen aan dat ze zich door de steun niet alleen voelen en ook beseffen dat ze er niet alleen voor staan als ze weer terug naar huis gaan. De steun biedt motivatie om door te zetten en de behandeling af te maken.

#### 5.2.7 De betekenis van het missen van steun

Uit de interviews is op basis van de vragen ‘wat vindt u van de steun die u van anderen ontvangt?’, ‘wat betekent deze steun voor u?’ en ‘wat betekent deze steun voor uw herstel op de Borch?’ inductief naar voren gekomen dat de participanten soms ook bepaalde steun missen en wat voor hen de betekenis hiervan is. Als er gekeken wordt naar participanten die zich soms op enkele fronten minder gesteund voelen zijn dit voornamelijk participant 4, 5 en 6. Participant 4 geeft aan dat ze zich echt in de steek gelaten voelt door



belangrijke mensen om haar heen, zoals haar familie en partner. Het volgende citaat licht toe hoe ze de terugval van haar partner ervaren heeft.

*“Hij was eerst mijn steun en toeverlaat, maar toen hij zelf in alle hevigheid is teruggevallen, toen moest ik me meer zorgen maken om hem. Dus dat was zwaar (huilt). Ik was ook heel erg boos, ja. Hij is hier in die tijd nog één keer geweest en dat ging goed, maar ja hij bleek dus wel daaromheen alweer te gebruiken. GHB is lastig te achterhalen, dus ja hij heeft wel een urinecontrole gedaan toen, die was negatief dus, maar daaromheen wel. Ik voelde me behoorlijk belazerd, mijn vertrouwen was weg en ik voelde me in de steek gelaten. Ik zei ook tegen hem: ‘Het is de laatste fase, ik ga bijna naar huis’.”*

(Participant 4 over de terugval van haar partner)

Ze geeft aan dat ze hierdoor alleen is en ze op dit moment niet veel mensen in haar leven heeft die sociale steun bieden. Als ze hierover praat wordt ze emotioneel. Er is een lotgenoot die haar door een hele rottige periode heen sleept en hierdoor heeft ze de behandeling volgehouden denkt ze. Ze heeft bijvoorbeeld geen mensen die voor haar op bezoek komen of met wie ze systeemgesprekken kan voeren. Dit vindt ze moeilijk en verdrietig, maar ze heeft het geaccepteerd en wil graag haar netwerk uitbreiden als ze weer naar huis gaat.

Participant 5 heeft daarentegen een uitgebreid sociaal netwerk buiten de kliniek, maar voelt zich alleen binnen de kliniek. Ze heeft niemand waar ze op kan bouwen en dit mist ze enorm. Als het hierover gaat wordt ze emotioneel en vertelt ze dat het ze heel erg moeilijk heeft. Ze geeft aan dat ze bijvoorbeeld twee weken geleden naar huis toe wou omdat het haar allemaal te veel werd met alle mensen die haar een onprettig gevoel geven. Wel heeft ze goed contact met haar ouders en zus, maar zij hebben het er erg moeilijk mee dat ze is opgenomen en hierdoor ontstaan er spanningen. Wel ziet ze nu in dat ze het voor zichzelf doet en daarom de behandeling af wil maken, want zoals ze zelf zegt ziet ze de mensen in de gezinskliniek hopelijk nooit weer. Het volgende citaat geeft weer hoe zij zich voelt.

*“Ik mis gewoon iemand waar ik op kan bouwen en vind ik heel moeilijk (huilt), ja. En dat mis ik gewoon zo erg, hier krijg je gewoon de nodige shit over je heen en ja dat vind ik heel naar, dat er dan niemand is waar ik op terug kan vallen en die me begrijpt. Mensen thuis weten toch ook niet hoe het hier is. Twee weken geleden wou ik bijvoorbeeld naar huis, omdat het me helemaal hier (wijst naar hoofd) zat met mensen die me gewoon niet een prettig gevoel geven hier. Maar weet je, je zit hier ook wel voor jezelf en die mensen kom je hopelijk hierna nooit weer tegen.”*

(Participant 5 over lotgenoten)

Bovendien heeft participant 6 zich in het begin van de behandeling alleen gevoeld. Ze was nog geen moeder en vond de zwangerschap lang duren, ze miste bijvoorbeeld de binding met haar kind en had niet het gevoel dat ze moeder werd. Verder steunde haar familie haar in het begin niet om het kind te houden. Hierdoor was ze nog veel met drugs bezig, zocht ze contact met gebruikersvrienden en kreeg ze ook een terugval tijdens een verlofweekend zoals het volgende citaat toelicht.

*“Ik voelde me alleen en je hebt nog niet echt de binding met je kind, ook nog niet echt het gevoel van ‘ik ben moeder’ of zo, dus ik was ook nog heel veel met drugs bezig, vooral de eerste periode en zocht contact met een vriend die ook gebruikt. Ik heb toen ook een terugval gehad op 16 februari, zes weken voor mijn bevalling of acht weken of zo iets.*

(Participant 6 over haar terugval)

Vervolgens mocht ze drie maanden niet naar buiten en voelde ze zich geïsoleerd. Haar familie kon maar eens in de zoveel tijd op bezoek komen, omdat ze in het midden van Nederland wonen en had ze geen lotgenoot waar ze op kon bouwen. Na haar terugval gaf haar familie ook aan dat het verplicht binnen zijn een logisch gevolg was van haar eigen daden. Deze periode vond ze moeilijk en ze vindt het nog lastig om erover te praten, maar sinds de geboorte van haar zoon beseft ze waar ze het voor doet en kan ze beter met de situatie omgaan. Verder heeft ze nu een lotgenoot waar ze goed mee op kan schieten. Tot slot voert ze geen systeemgesprekken met haar naaste familie, omdat de familie er geen behoefte aan heeft en de afstand een obstakel vormt. Uiteindelijk heeft ze er wel vrede mee.

Daarnaast is op basis van de controlevraag ‘heb je tijdens het invullen van de vragenlijst ook aan mensen gedacht die je niet in je netwerk hebt opgeschreven?’ en het doorvragen over (het missen van) steun van lotgenoten naar voren gekomen dat de sfeer in de groep ouders ook een belangrijke rol speelt in de behandeling. Ouders geven aan dat je het toch met elkaar moet doen en je vaak ook meteen merkt als er irritaties of spanningen zijn, zoals participant 4 vertelt.

*“Ik heb aan de bewoners gedacht, want je kan echt veel aan elkaar hebben en je moet het echt met de groep doen hoor. Je merkt het ook meteen als er even iets is, dan is eigenlijk iedereen een beetje uit zijn doen. Als er bijvoorbeeld onderling wat geroddeld wordt of iemand slecht nieuws heeft gekregen of er is een nieuw iemand, ja met heel veel dingen.”*

(Participant 4 over de groep)

Participant 5 vertelt dat ze regelmatig in de clinch ligt met andere lotgenoten van de groep. Ze voelt zich hierdoor rot en is dan uit haar doen. Om een beeld te schetsen van hoe zo een conflict ontstaat en de effecten ervan is het volgende citaat opgenomen.

*“Vanochtend begonnen we met groepstherapie, we hadden het over huilen. Iemand vond het vervelend om te huilen en toen zei ik: ‘Dat heb ik ook, maar soms kun je je tranen gewoon niet stoppen.’ Toen reageerde zij met: ‘Ja, maar de één doet het gewoon en de ander misschien om mensen te manipuleren.’ En toen vroeg de behandelaar of ze dat naar iemand bedoelde en dat was dan weer naar mij toe natuurlijk. Vervolgens begon een ander dat ik ook heel vaak negatief was en toen was ik er echt klaar mee. Daarna liep het weer hoog op en toen was het ineens het einde van de therapie, maar weet je vanmiddag zat ik met de lunch weer vlakbij haar en dan is er nog steeds die spanning in de groep. Dan denk ik nou ‘prettig weekend’, want dan is er gewoon nog een conflict en is pas volgende week de volgende therapie.”*

(Participant 5 over een conflict)

Samengevat kan gesteld worden dat voornamelijk drie participanten soms steun missen tijdens de behandeling, namelijk een participant van haar sociale netwerk, een participant van lotgenoten en een participant van haar sociale netwerk en lotgenoten in de eerste helft van de behandeling. Door het missen van de steun voelen ze zich alleen en hebben ze ook het idee er alleen voor te staan. Dit maakt het volgen van de behandeling moeilijker, omdat er bijvoorbeeld geen systeemtherapie met naasten kan plaatsvinden en ze minder steun ontvangen tijdens lastige momenten. Ze zijn meer op zichzelf aangewezen. Verder zijn ze minder gefocust op de behandeling en meer gefocust op zaken buiten de kliniek, zoals een partner die is teruggevallen, ruzie binnen de familie of blijven ze meer bezig met middelen. Ook speelt de sfeer in de groep een belangrijke rol in hoe participanten zich voelen. Concluderend komt naar voren dat participanten steun van mensen binnen en buiten de kliniek nodig hebben en dat dat de kans op een effectieve behandeling zou kunnen vergroten.

### 5.3 Kenmerken van relaties in het sociale netwerk en sociale steun

In deze paragraaf worden de kenmerken van de relaties in de sociale netwerken besproken. Dit wordt gedaan aan de hand van de drie bijbehorende deelvragen die in het theoretisch kader zijn opgesteld, namelijk:

4. Met wie hebben verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek contact, op welke manier en hoeveel hebben ze contact en wat betekent dit contact voor het ervaren van sociale steun?
5. Hoe beoordelen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek de intimiteit van hun relaties en wat betekent de intimiteit van de relaties voor het ervaren van sociale steun?
6. Hoe beoordelen verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek de wederkerigheidsbalans van hun relaties en wat betekent de wederkerigheidsbalans van de relaties voor het ervaren van sociale steun?

#### 5.3.1 Frequentie en vorm van het contact

Om de frequentie en vorm van contact tijdens de behandeling in perspectief te kunnen plaatsen wordt eerst besproken hoe het contact voor de behandeling was tijdens de periode dat de participant in een actieve verslaving zat. Vier van de zes participanten geven aan dat ze tijdens hun actieve verslaving zichzelf isoleerden en contact afhielden met mensen uit het sociale netwerk. Een participant zegt bijvoorbeeld dat niemand op bezoek mocht komen en ze de telefoon vaak niet opnam. Twee andere participanten vertellen dat ze contacten hebben laten verwateren en een andere participant zocht alleen contact als ze wat nodig had, zoals geld of eten.

*“De relatie met mijn familie heeft het wel verslechterd, want ja ze zagen natuurlijk dat het slecht ging en ik kwam vaak geld lenen of ik had weer wat nodig, kwam afspraken niet na en dat is wel lastig. Het interesseerde me ook allemaal niet, dus het was niet bevorderlijk voor mijn relaties en het contact, nee.”*

(Participant 6 over contact tijdens de middelenverslaving)

Redenen om contact te vermijden waren dat participanten zich schaamden voor het gedrag wat ze onder invloed vertoonden, omdat mensen een mening hadden over het middelengebruik en zich zorgen maakten om de participanten. Een participant vertelt dat ze in haar actieve verslaving geen behoefte had aan zorgen en dit ervaarde als bemoeienis. Bij een andere participant voelde het zelfs alsof mensen sensatie zochten, omdat ze alleen langskwamen als het niet goed met haar ging.

*“Ik voel dat meer als sensatie zoeken. Zo hoorde ik nooit wat en als het dan niet zo goed met me ging, dan stond iedereen ineens weer bij mij in huis. Dat voelt dan gewoon niet oprecht.”*

(Participant 4 over contact tijdens de middelenverslaving)

Bij alle vier de participanten is de frequentie van contact met mensen uit hun sociale netwerk tijdens hun actieve verslaving afgenomen, omdat ze contact minder beantwoorden en zelf ook weinig contact zochten. Dit gold vooral bij mensen die dichtbij ze staan, zoals familieleden en goede vrienden. Kennissen en collega's wisten bij sommige participanten niet van de middelenverslaving af. Bij de twee participanten die een stel zijn heeft de middelenverslaving geen invloed gehad op het contact met mensen uit het sociale netwerk, zij geven juist aan dat de omgeving het overdreven vond dat de kinderen uit huis geplaatst werden en ze moesten worden opgenomen voor hun middelenverslaving. Voor de opname en tijdens de opname is er volgens hen goed contact met het sociale netwerk, zoals participant 1 vertelt.

*“Ik kwam altijd al drie/vier keer per week bij mijn ouders thuis, eventjes aanwaaien op de fiets. Mijn zusje zag ik ook al regelmatig. Mijn vriendin had ik thuis gewoon goed contact mee en die andere vriendin die belde ik of die appte ik altijd wel. Eigenlijk was mijn sociale netwerk al gewoon wel goed. Ze wisten ook allemaal dat we hier naartoe gingen en vonden het eigenlijk allemaal maar overdreven, maar nu zijn ze best wel trots op ons dat we hier zijn, ja. Het contact is gewoon goed gebleven, maar we spreken nu meer dingen naar elkaar uit.”*

(Participant 1 over haar sociale netwerk)

Tijdens de behandeling worden participanten ondersteund bij het herstellen van contacten. Vijf van de zes participanten geven aan dat dit ook nodig is. Naasten zijn vaak gekwetst door het gedrag van de participant en vier participanten noemen ook dat er sprake is van wantrouwen naar hen toe. Verder hebben sommige mensen het contact met de participant verbroken, zoals een broer en zus van participant 2 en een zus van participant 3. Participant 3 vertelt onder andere het volgende over het contact tijdens de behandeling:

*“Met mijn zussen en ouders was het contact echt moeizaam. Ik heb een hoop moeten herstellen en heb daarom ook mijn excuses aangeboden tijdens een keer dat ik met verlof was. Wel thuis, niet op de Borch, dat wilden mijn zussen niet.”*

(Participant 3 over contactherstel)

De kliniek hamert vooral op het contactherstel met familie en ontraadt het contact met mensen die ook een middelenverslaving hebben. Een manier waarop relaties hersteld kunnen worden is met behulp van systeemtherapie, waarbij participanten eerst zelf inzicht krijgen in hun relaties en gedrag en vervolgens met

naasten over de problematiek kunnen praten onder begeleiding van een systeemtherapeut. Ook wordt besproken op welke manieren participanten contact kunnen herstellen met mensen die ze niet uitnodigen voor systeemgesprekken.

De vormen van contact die participanten tijdens de behandeling kunnen hebben zijn verdeeld in online contact, zoals via de applicaties WhatsApp en Facebook Messenger, real-life contact, (video)bellen via bijvoorbeeld de applicatie FaceTime en het ontvangen van kaarten. De frequentie van het contact is verdeeld in dagelijks, wekelijks en maandelijks. Alle participanten geven aan momenteel online contact te hebben met mensen uit het sociale netwerk, behalve participant 2 met een vriend waar hij een conflict mee heeft. Bij de meeste participanten gaat het om wekelijks contact met familie en maandelijks contact met vrienden, burens, collega's en kennissen waarin ze een update geven over hoe het gaat. Met mensen die dichtbij ze staan bellen participanten liever en is de frequentie vaak dagelijks. Participant 1 belt bijvoorbeeld dagelijks met haar moeder en participant 4 belde dagelijks met haar partner in het begin van de behandeling. Ook geven sommige participanten aan te videobellen, zodat hun (schoon)ouders de kleinkinderen kunnen zien.

*“Met deze mensen, mijn familie, eigenlijk heb ik de eerste periode alleen met hun gebeld, verder met niemand anders. Dan ging ik ook FaceTime-bellen, zodat zij mijn dochter kunnen zien, want zij missen haar ook natuurlijk.”*

(Participant 5 over de vorm van contact)

Verder zijn er twee participanten die kaarten ontvangen, een participant ongeveer maandelijks en de ander wekelijks. Ze vinden het ontvangen van kaarten prettig, omdat ze hierdoor iets fysieks hebben dat ze in hun kamer kunnen ophangen en waar ze naar kunnen kijken als ze het moeilijk hebben.

Bovendien waarderen participanten het real-life contact als naasten langskomen op de kliniek. Vaak zijn dit de mensen die dichtbij ze staan. Dit is ook één van de redenen die vijf participanten noemen waardoor ze zich gesteund voelen. Doordat mensen langskomen laten ze merken dat ze die reistijd en een screening door een behandelaar voor de participant over hebben. Ook geven participanten aan het fijn te vinden dat mensen uit hun veilige omgeving in de kliniek komen en kunnen zien hoe hun leven er daar uitziet, zodat ze ook beter begrijpen wat een participant meemaakt. Verder kunnen ze elkaar troosten, bijvoorbeeld door elkaar een knuffel te geven, en vinden de twee participanten die een partner buiten de kliniek hebben het fijn om hun partner te zien. Bovendien kunnen de kinderen en de partner elkaar dan zien.

*“Ik weet niet welke van de twee zijn vader is, maar eentje daarvan heeft me heel erg gesteund. Ze wisten allebei ook dat ik het niet zeker wist hoor, maar hij heeft ook altijd gezegd: ‘Ook al ben ik niet de biologische vader, dan ben ik dat alsnog, dat maakt niet uit’. Hij heeft me wel heel veel gesteund, hij heeft me ook vaak teruggebracht naar de kliniek als ik met verlof was, hij kwam vaak spullen brengen en ook zien we elkaar gewoon vaker, ja het gaat gewoon heel goed tussen ons. Het is gewoon fijn als hij hier is en ook mijn kind ziet.”*

(Participant 6 over haar partner)

Tot slot geven vijf participanten aan dat er tijdens de behandeling meer contact is, omdat het initiatief nu ook weer meer van hun kant komt en er nu vaker wederzijdse interesse is. Wel heeft het herstellen van contact tijd nodig, zo heeft participant 6 pas aan het einde van de behandeling contact gekregen met een vriendin en is het contact van participant 3 met haar zussen nog maandelijks en oppervlakkig. De personen uit het netwerk geven aan dat het tijd nodig heeft om de participanten opnieuw te leren vertrouwen. De meeste participanten beseffen tijdens de behandeling ook hoe belangrijk de mensen voor ze zijn en hoe zij ze behandeld hebben, waarvoor sommigen bijvoorbeeld hun excuses aanbieden, zoals participant 3. In het volgende citaat vertelt ze hoe het contact met haar ouders verbeterd is.

*“Ik neem nu wel op als ze bellen (lacht), ik laat weten dat ik er ben en dat ik hun steun waardeer. Het contact is op de Borch wel verbeterd, daar investeer ik nu ook meer in, een beetje meer moeite doen, zodat het niet alleen meer van hun kant komt.”*

(Participant 3 over contact met haar ouders)

Echter, de participant waarbij het contact tijdens de behandeling verslechterd is, is participant 4. Het contact met haar vader, broer en een vriendin was er op een gegeven moment niet meer, maar met haar vader heeft ze op dit moment minimaal contact. Ook is het contact met haar partner verslechterd door zijn terugval in drugsgebruik. Ze hoopt dat het contact met haar vader, vriendin en partner de komende tijd verbetert. Concluderend kan gesteld worden dat met de mensen die het dichtstbij de participanten staan het meeste contact is, vaak dagelijks of wekelijks. Door deze mensen voelen ze zich ook het meest gesteund, waarbij het vaak gaat om emotionele steun. Participanten voelen zich het meest gesteund doordat mensen langskomen, zoals participant 1, en daarna (video)bellen ze het liefst.

*“Ik vind dat heel erg fijn dat ze hier komen, ik mis ze. Soms zie ik mijn moeder bijvoorbeeld een week of drie niet en dan ben ik blij dat ik mijn moeder weer even zie. Dat doet me goed, ook eventjes weer he, lekker gewoon even plat Gronings praten (lacht). Ja, het is gewoon mijn moeder, ik heb een goede band met haar.”*

(Participant 1 over haar moeder als ze op bezoek komt)

### 5.3.2 Intimiteit van de relaties

Om de intimiteit van relaties in het netwerk te kunnen begrijpen is het ook van belang om te bespreken hoe de intimiteit van de relaties voor de behandeling was. Net als bij de frequentie van het contact heeft ook het isoleren en afhouden van contact invloed op de intimiteit van relaties. Uit de interviews blijkt dat vooral de intimiteit met personen die dichtbij staan is beschadigd, zoals met familie en goede vrienden. Familie en vrienden hebben bij meerdere participanten aangegeven bezorgd te zijn, maar participanten geven aan dat toen niet te willen horen. Bovendien zijn mensen die dichtbij staan gekwetst door de middelenverslaving, bijvoorbeeld omdat participanten alleen langskwamen als ze wat nodig hadden. Ook is er sprake van wantrouwen, omdat participanten afspraken niet nakwamen en logen over bepaalde zaken, zoals het middelengebruik.

*“Op een gegeven moment ga je je toch wat meer afzonderen en zoek je mensen minder op, omdat mensen bezorgd zijn en er ook wat van vinden natuurlijk. Een vriendin heb ik toen ook wel wat woorden mee gehad, omdat die vond dat ik er wat aan moest doen, alleen toen vond ik het zelf nog niet zo nodig,”*

(Participant 5 over de intimiteit van relaties)

Participanten geven aan dat hun middelenverslaving voornamelijk gevolgen heeft gehad voor de relaties met mensen die dichtbij ze staan. Mensen die verder van ze afstaan kregen minder van de problematiek mee of wisten het niet. Mensen, zoals kennissen en vrienden, hebben hun eigen leven en problemen en zijn daardoor minder betrokken.

*“Mijn vriendinnen zijn er ook voor mij, maar dat is toch anders, want zij hebben hun eigen leven en problemen. Mijn ouders krijgen veel meer mee en missen mij en de kleinkinderen echt en ik hun ook.”*

(Participant 1 over het verschil in intimiteit)

De meeste participanten waarvan mensen verder van ze af zijn komen te staan willen graag de intimiteit verbeteren, maar dit kost tijd en gaat samen met het verbeteren van het contact. Participant 3 geeft bijvoorbeeld aan dat haar zussen ver van haar af staan en dit voor de verslaving niet zo was. Ze heeft een hoop te herstellen en hoopt dat haar zussen weer dichterbij haar komen te staan. Hetzelfde geldt voor participant 6 en haar broer. Er is bij participant 4 sprake van een andere situatie, omdat personen haar teleurgesteld hebben heeft ze tijd nodig om haar vader en een vriendin weer dichterbij te laten komen. Het vertrouwen in elkaar weer herstellen heeft tijd nodig, ook omdat meerdere participanten verschillende verslavingen hebben gehad en vaak zijn teruggevallen. Bovendien zijn veranderingen voor de omgeving lastig bij te benen, zoals participant 2 vertelt.

*“Het is ook meestal, als je een verandering doorstaat, vooral in de positieve zin, dan is het ook heel lastig voor de familie om dat bij te benen. Ze zijn nog heel erg geneigd om te denken dat je in oude patronen denkt. Je hoeft maar één ding verkeerd te doen en dat wordt onthouden, daar tegenover moeten tien goede dingen staan wil je dat ene verkeerde ding weer vergeten. Om weer vertrouwen te krijgen heeft echt tijd nodig en dat is ook logisch.”*

(Participant 2 over vertrouwen herstellen)

Participanten geven aan dat de belangrijke mensen hun bleven steunen, ook tijdens de periode waarin ze in een actieve verslaving zaten. Ze geven aan dat deze mensen er voor ze zijn, als het goed en slecht met ze gaat en daarom deze personen dichtbij ze staan. Vaak zijn dit ook mensen die de participanten al langer kennen, zoals voor de middelenverslaving. Voor participant 2 staat zijn partner dichtbij en dit geldt andersom voor participant 1 ook, voor vier participanten staan de ouders dichtbij, voor twee participanten een zus, voor één participant een vriend en voor één participant is er niemand die dichtbij haar staat. Deze laatste participant geeft ook aan dat ze zich vaak steun van haar sociale netwerk heeft gemist tijdens de behandeling en dat er alleen een lotgenoot voor haar was.

*“Ja zij heeft me echt door een hele rottige periode, ja ze heeft me daar echt doorheen gesleept. Ze luisterde, had humor en was er gewoon voor mij ja. Als ik haar niet had gehad, had ik het hier niet volgehouden denk ik.”*

(Participant 4 over een lotgenoot)

Concluderend kan gezegd worden dat de mensen in de intieme cirkel de meeste steun aan de participanten bieden, ook tijdens de periode van verslaving, en onder andere om deze reden ook in deze cirkel zijn geplaatst. Verder hebben mensen in de effectieve cirkel minder te maken gehad met de problematiek van de participant, waardoor de relatie ook minder is aangetast en er in deze cirkel minder hersteld hoeft te worden. Participanten ervaren de minste steun van de mensen uit de extensieve cirkel en in de meeste gevallen hebben deze mensen zich teruggetrokken, bijvoorbeeld het contact verbroken met de participant, en is er een hoop te herstellen. Om de relaties en de intimiteit met deze personen te herstellen is vaak initiatief van de participanten nodig en een langere periode om vertrouwen terug te winnen.

### 5.3.3 Wederkerigheidsbalans van de relaties

Het derde kenmerk van relaties waar een deelvraag over is opgesteld betreft de wederkerigheidsbalans van de relaties. Participanten geven aan dat in de periode voor de behandeling relaties met mensen die dichtbij ze staan vaak niet in balans waren. Voorbeelden zijn dat de mensen uit het sociale netwerk de rol van hulpverlener op zich namen in de plaats van dat ze een ouder of een vriendin etc. waren, zoals participant 3 vertelt.

*“Zij gaven heel veel, maar ik gaf niks terug. Ze zochten eigenlijk de hele tijd contact, want ze waren ook ongerust, maar ik hield dat af en zonderde me ook af. Nu is de relatie weer meer gelijkwaardig, nu zijn ze niet meer de hulpverlener, maar weer gewoon mijn ouders.”*

(Participant 3 over de wederkerigheidsbalans)

Mensen uit het sociale netwerk maakten zich vaak zorgen en bekommerden zich om de participanten, terwijl participanten zich steeds meer terugtrokken. Ze kwamen langs om te kijken of het goed ging of spraken de participant aan op het gedrag en adviseerden om iets aan de middelenverslaving te gaan doen. Drie van de zes participanten geven aan dat de relaties hierdoor uit evenwicht raakten en zij meer kregen dan dat ze teruggaven. Sommige participanten voelen zich hier ook schuldig over.

Twee participanten vinden nog steeds dat de relaties niet in evenwicht zijn met hun familieleden, omdat de familieleden hun veel steun hebben geboden en nog steeds bieden en ze nu in de gezinskliniek niet veel terug kunnen geven. De derde participant vindt daarentegen dat de relaties nu juist wel meer in balans zijn gekomen. Daarentegen geven twee participanten aan dat (bijna) alle relaties in evenwicht zijn, namelijk participant 1 en 2. Zij denken dat hun relaties in evenwicht zijn door de mening van de omgeving over hun middelenverslaving. De participanten en de omgeving ervaren de middelenverslaving niet als hinderlijk en het contact met alle mensen uit het sociale netwerk is goed gebleven. Ze ervaren steun van de mensen uit hun omgeving en hebben niet het idee dat de relaties uit balans zijn. Bij participant 4 zijn alle relaties in evenwicht, behalve met haar vader. Ze vertelt dat het contact voornamelijk van haar kant moest



komen en dat nog steeds zo is, maar dat het wel verbetert en hij er nu ook voor haar is. Wel geeft ze aan dat het tijd nodig heeft om hem weer te kunnen vertrouwen.

*“Het contact met mijn familie kwam altijd van mijn kant en nog steeds, ook naar mijn vader toe. Maar ik moet zeggen dat dat echt wel beter wordt, dus daar ben ik wel blij om. Ik ga ook niet meer aan mensen lopen trekken. Hij belt nu bijvoorbeeld wel eens uit zichzelf, maar het heeft wel tijd nodig, daar ben ik ook eerlijk in.”*

(Participant 4 over haar vader)

Drie van zes participanten hadden ook gebruikersvrienden, namelijk participant 1, 2 en 6. Deze drie participanten hadden alle drie een drugsverslaving en gebruikten samen met deze vrienden of kwamen via deze mensen aan hun middelen. Echter, nu ze in de gezinskliniek verblijven horen ze weinig tot niks van ze. Alleen nemen de gebruikersvrienden soms nog contact op via Facebook of sturen ze een berichtje, maar dit is allemaal drugs-gerelateerd. Een participant vertelt dat ze tijdens haar verlof nog wel eens iemand uit haar gebruikersnetwerk is tegenkomen en ze haar dan ook drugs aanboden, maar ze er niet meer op ingaat en er verder geen sprake is van vriendschap met deze mensen.

*“Soms neemt iemand nog wel eens contact met me op, voornamelijk via Facebook, want ik heb ze eigenlijk allemaal niet meer op WhatsApp. Af en toe spreek ik ze nog wel, maar aan de andere kant, ik kom ze ook wel eens tegen, maar ja dat is dan een ‘hoi’ en een ‘doei’. Soms proberen ze je ook nog wel mee te trekken, ze hebben me ook wel eens aangeboden, maar daar ga ik dan niet op in, dan zeg ik gewoon dat ik dat niet meer doe.”*

(Participant 6 over gebruikersvrienden)

Participanten 1 en 2 geven aan niet meer te investeren in gebruikersvrienden zoals ze voor de behandeling deden. Sinds ze in de gezinskliniek niks van ze horen begonnen ze te twijfelen aan de vriendschappen en geven ze aan dat ze meer moeten investeren in deze mensen dan dat ze van hen terugkrijgen. Tijdens de behandeling beseften ze dat de relaties vooral op het middelengebruik gebaseerd zijn en ze het niet meer de moeite waard vinden om in deze relaties te investeren.

*“Toen kwamen ze wel regelmatig bij ons thuis, maar nu je dan hier bent en je hoort er eigenlijk niet bijzonder veel meer van, kwamen ze dan omdat wij altijd wel wiet in huis hadden, dat we dan wel een jointje gingen roken. Ik heb ze de hele periode hier niet gezien en ook vrij weinig gehoord behalve een ‘vind ik leuk’ op Facebook en dan hoeft het voor mij eigenlijk ook niet meer.”*

(Participant 1 over gebruikersvrienden)

Ook geven sommige participanten aan contacten met mensen verbroken te hebben waar ze meer in investeerden dan dat ze ervan terug hebben gekregen. Ze hebben bijvoorbeeld expliciet tegen bepaalde mensen gezegd geen contact meer te willen, omdat ze geen middelen meer gebruiken. Participant 6 vertelt bijvoorbeeld dat volgens haar vriendschap niet bestaat bij gebruikers.

*“Eigenlijk bestaat vriendschap ook niet bij gebruikers. Die geven alleen maar om drugs, voor de rest is niks belangrijk en die zouden je ook zo weer mee naar beneden trekken, ja. Bepaalde mensen heb ik ook tegen gezegd dat ik ze niet meer hoeft te zien of spreken.”*

(Participant 6 over gebruikersvrienden)

Wel investeren participanten in sommige relaties met anderen die een middelenverslaving hebben, maar hierbij geven ze aan dat de relatie niet op (gebruik van) het middel gebaseerd is. Zo heeft participant 2 een vriend waarvan hij weet dat zijn drugsgebruik niet tussen hen in komt te staan nu hij zelf niet meer gebruikt.

*“Deze vriend is nog een van de weinige contacten die ik heb uit mijn vorige leven, maar dat zit ook goed. Hij gebruikt zijn dingen, maar daar zit een duidelijke hiaat tussen en dat staat niet tussen ons in omdat ik niet meer gebruik. Wij gaan elkaar daar niet mee lastig vallen.”*

(Participant 2 over een gebruikersvriend)

Participant 4 geeft wel aan dat ze wil dat haar partner ook een behandeling voor zijn middelenverslaving gaat volgen, omdat ze anders geen toekomst ziet in hun relatie. Daarentegen zegt participant 6 de verslaving van haar vriend te accepteren, zo lang hij niet onder invloed is bij haar kind. Verder wil ze niet dat haar moeder alcohol of drugs gebruikt als ze op visite komt in haar toekomstige woning. Verder vertellen participanten het contact te willen herstellen met mensen die belangrijk voor ze zijn, maar waarmee het contact verwaterd is. Zo heeft participant 2 een conflict met een vriend waarvan hij het idee heeft dat hij meer investeert in de vriend dan andersom, maar toch wil hij graag de relatie herstellen. Participant 3 heeft ook een vriendin waar ze weer contact mee heeft gezocht en nu is er sprake van wederzijdse interesse.

*“Haar heb ik niet zo netjes behandeld toen ik onder invloed was. Dat heeft weer tijd nodig om dat te herstellen. Ze woont ook niet om de hoek. Nu proberen we weer regelmatig, maandelijks, contact te hebben door te bellen en komt het ook weer meer van mijn kant.”*

(Participant 3 over een vriendin)

Ook heeft participant 6 een vriendin waar ze contact mee heeft opgenomen om haar excuses aan te bieden omdat ze graag de vriendschap wil herstellen. De participanten herstellen de relaties met het doel om de relaties in evenwicht te krijgen en de relaties op te bouwen en herstellen naar wat ze voor de verslaving waren.

Concluderend geven de meeste participanten aan dat relaties meer in balans zijn gekomen tijdens de behandeling doordat ze meer investeren in het contact, maar ze zich ook moeten inzetten om de relaties te onderhouden. Participanten ervaren de meeste steun van mensen waarmee de relatie in balans is of de relatie voor hen een positieve balans heeft. Wel vinden participanten het niet prettig als de relatie voor hen een positieve balans heeft, dat wil zeggen dat ze meer van de ander krijgen dan dat ze aan de ander geven, en voelen ze zich hier soms schuldig over. Participanten die gebruikersvrienden hebben, dit zijn de drie

participanten met een drugsverslaving, nemen geen contact met ze op, omdat ze van hen geen steun ervaren en de relatie gebaseerd is op het (samen gebruiken van een) middel.

#### 5.4 Gezinskliniek de Borch en het sociale netwerk

De laatste deelvraag van dit onderzoek heeft betrekking op gezinskliniek de Borch en hoe het sociale netwerk van participanten bij de behandeling betrokken wordt. De bijbehorende deelvraag luidt als volgt:

7. Wat vinden cliënten die zijn opgenomen in gezinskliniek de Borch van de wijze waarop hun netwerk bij de behandeling betrokken wordt en hoe zou dit volgens hen verbeterd kunnen worden?

De participanten zijn over algemeen tevreden over de behandeling. Er valt veel te overleggen als het gaat om het betrekken van mensen uit het sociale netwerk bij de behandeling als je je aan de regels houdt. Kinderen mogen bijvoorbeeld hun verjaardag in de groepsruimte vieren en bij participant 6 is haar moeder een week komen logeren na de geboorte van haar zoon, waarover ze het volgende zegt:

*“Ook toen ik bevallen was, toen mocht mijn moeder ook blijven logeren en zo, dus daar ze zijn heel erg behulpzaam in. Dan mocht mijn moeder ook mee-eten, alleen het niet mogen roken was een dingetje voor mijn moeder (lacht). Voor haar was het ook wel apart, want toen ze hier was mocht ze niet blowen en niet drinken, maar dat deed ze dan ook gewoon niet.”*

(Participant 6 over haar moeder)

Ook zijn de meeste participanten tevreden over hoe het sociale netwerk bij de behandeling wordt betrokken. De kliniek en behandelaren doen volgens de participanten veel om relaties te herstellen en hun inzichten te geven in hoe patronen in relaties zich ontwikkelen, met name door systeemtherapie en relatietherapie. Bovendien kunnen participanten zelf aangeven wie ze willen uitnodigen voor de systeemgesprekken. Ook hebben de participanten begrip voor regels omtrent het uitnodigen van mensen in de gezinskliniek, zoals de screening en de bezoektijden. Van maandag tot en met vrijdag volgen ze een programma waarin er weinig tijd is om naasten te ontvangen. Verder beseffen participanten dat ze weer moeten wennen aan regels en regelmaat in hun leven, onder andere via de bezoekenregelingen.

*“Voor mijn schoonouders hadden we een keer gevraagd of ze ook een uur eerder mochten komen. Dat mocht dan niet en dan denk je op dat moment ‘wat stom’, maar het heeft wel te maken met het traject waar je in zit. Die mensen moeten hier ook niet te lang rondlopen, je moet ook leren omgaan met tegenslagen en leren improviseren. Eigenlijk heb ik daar nu wel begrip voor.”*

(Participant 2 over de regels van de kliniek)

De familiedagen ervaren de participanten als prettig, maar niet als noodzakelijk. Vier van de zes participanten hebben een familiedag meegemaakt en bij twee van deze participanten zijn er ook familieleden langsgekomen. Een participant had geen familie die ze kon uitnodigen en de andere participant hechtte er weinig waarde aan dat ze zouden komen, ook vanwege de reistijd. De twee participanten die geen familiedag hebben meegemaakt geven aan dat ze graag een familiedag hadden meegemaakt, maar dan aan het begin van hun behandeling, bijvoorbeeld aan het einde van de instroomfase.

Op deze manier zou dit voor de familieleden de eerste kennismaking met de kliniek zijn en begrijpen de familieleden meer van de behandeling en hoe het leven van de participanten in de kliniek eruitziet. Een participant geeft aan dat familiedagen volgens haar zinvoller zijn aan het begin van de behandeling.

*“Nou weet je, tegen de tijd dat er een familiedag is, dan zit ik hier waarschijnlijk ook al bijna een half jaar denk ik. Het is wel een leuk idee, maar ik vind dat meer iets voor aan de beginfase. Ik zou eerder zeggen van nodig je familie uit op een dag als je net een maand binnen bent, dat ze dan even mee kunnen kijken. Dan weten ze ook waar je in zit en dan snappen ze ook wat meer van de behandeling en zo misschien.”*

(Participant 5 over de familiedagen)

Verder waarderen de participanten de systeemtherapie, omdat ze problemen in relaties kunnen bespreken met een professional erbij, zodat het gesprek niet uit de hand loopt. Ze geven aan veel inzichten in hun relaties en in hun gedrag te hebben gekregen. Drie participanten hebben systeemgesprekken met naasten gevoerd, namelijk participant 1, 3 en 5. De andere drie participanten hebben alleen gesprekken gevoerd met een systeemtherapeut en geven aan daar ook veel aan te hebben gehad. Participanten ervaren de gesprekken wel als spannend, omdat bepaalde gevoelens en zaken met betrekking tot het verleden en de middelenverslaving benoemd worden, maar geven aan er veel van te leren.

*“Sommige momenten waren wel een beetje onwennig en een beetje eng en spannend, maar over het algemeen genomen vond ik het wel gewoon fijn. Voornamelijk met mijn ouders, dat je dan een gesprek hebt met een professional erbij die dat allemaal een beetje in goede banen kan leiden. Waarin van beide kanten sommige dingen uitgesproken kunnen worden wat eerder nooit benoemd is, daar waar je dan maar gewoon aan voorbij gaat. Dat is wel fijn geweest.”*

(Participant 1 over systeemtherapie)

Een participant geeft aan dat ze het te lang vond duren voordat het eerste systeemgesprek plaatsvond, maar vervolgens heeft ze hier wat van gezegd en vond er de week erna een gesprek plaats. Verder bij een participant waar conflicten tijdens het verlof waren is actie ondernomen en voelde de participant zich serieus genomen door de systeemtherapeut. Wel zou een participant het fijn vinden als familieleden vaker geïnformeerd zouden worden over hoe het met haar gaat, maar de Borch heeft ook te maken met privacyregels en de behoefte hierin verschilt ook per participant.

Als het gaat om het bezoek vinden participanten dat dit streng geregeld is, omdat je het een week van tevoren aan moet geven in de weekplanning. Echter, het is onderdeel van de behandeling dat participanten leren plannen en structuur in hun dagen aanbrengen. Ze geven aan hier na een tijd aan gewend te zijn. Wat er volgens sommige patiënten wel verbeterd kan worden is het ontvangen van bezoek. Op dit moment mogen participanten bezoek ontvangen op hun appartement, maar dit zijn kleine kamers. Als participanten het bezoek liever niet in hun appartement ontvangen, soms komen er ook kinderen mee, is er een therapiekamer beschikbaar. Echter, deze kamers zijn volgens de participanten prima voor een therapiesessie, maar niet voor het ontvangen van bezoek. Ze missen gezelligheid en een huiskamergevoel

en zouden graag zien dat er één kamer is voor bezoek met bijvoorbeeld een bank, wat planten en speelgoed voor kinderen. De Borch voorziet volgens hen dus niet voldoende in het ontvangen van naasten.

*“Ik mis eigenlijk een kamertje wat gezellig is ingericht om je bezoek te ontvangen, want je moet nu naar therapiekamers als je liever niet naar je appartement gaat en dat is nou niet echt bepaald gezellig. Ik zou zeggen doe even ergens een bankje met wat speelgoed en een plant of een radio, gewoon iets meer een woonkameridee in plaats van een therapiekamer of kantoor. Ik heb hier eigenlijk nooit eerder zo over nagedacht, maar ik denk dat meerdere mensen het hier wel mee eens zijn.”*

(Participant 3 over het ontvangen van bezoek)

Tot slot is op basis van de vragen ‘hoe bent u hier terechtgekomen?’ en ‘is er verder nog iets wat u kwijt wilt over dit onderwerp of de Borch?’ inductief uit de interviews naar voren dat ouders het waarderen dat ze samen met hun partner en/of kind(eren) kunnen worden opgenomen om te werken aan hun middelenverslaving. Op deze manier hoeven ze hun partner en/of kind(eren) niet te missen en kunnen ze samen werken aan een betere toekomst. De kinderen zijn voornamelijk een drijfveer, zoals de volgende citaten laten zien.

*“Dat we hier met elkaar en de kinderen zitten vind ik fantastisch. Stel als we allebei het traject hadden gevolgd zonder kinderen, dat was echt focked up geweest, vooral voor de kinderen. Dan had je waarschijnlijk ook meer tijd en energie nodig om in het hier en nu te zijn bij de behandeling. En ook al had mijn partner geen verslavingsproblematiek gehad, dan nog is het goed dat je met zijn tweeën door zo een traject heen gaat denk ik. Er is altijd wat te winnen, je komt hier niet zomaar natuurlijk. Wij zijn hier nu echt weer een team geworden en ook betere ouders denk ik.”*

(Participant 2 over de gezinskliniek)

*“Wat ik heel mooi aan de Borch vind is dat mijn dochter alle zorg heeft gekregen daar op de crèche. Dat wij gewoon therapie konden volgen en dat de crèche er was. Dat was heel fijn. Op deze manier hoefden wij niet gescheiden van elkaar te zijn en kon ik ook leren hoe je juist opnieuw begint, hoe het samen met je kind kan zijn en hoe ik een goede ouder voor haar kan zijn. Daar ben ik wel echt dankbaar voor.”*

(Participant 3 over de gezinskliniek)

*“Dat ik blij ben dat er zoiets bestaat als de Borch. Ik kan namelijk echt niet zonder mijn kinderen, ze zijn heel belangrijk voor mij. Zonder hen had ik het niet gekund, maar hier, ja de kinderen hiermee naar toe nemen dat is ook zwaar, ook voor hen. Ik voelde me in het begin heel erg schuldig, ja ik heb ze voor mijn gevoel uit hun veilige plek getrokken. Maar nu denk ik: ‘Ik had het veel eerder moeten doen’, echt. Ja ik ben echt heel erg blij dat ik het gedaan heb. Hoe zwaar ook, ik ben zelfs in het begin ook nog even weggeweest, weer naar huis want ik trok het hier niet meer, maar ik moest uiteindelijk tot de kern komen en nu ben ik zo blij dat ik dit gedaan heb, voor mezelf en de kinderen.”*

(Participant 4 over de gezinskliniek)

Kortom, de participanten zijn tevreden over hoe hun sociale netwerk bij de behandeling betrokken wordt en vinden het ook belangrijk dat dit gebeurt. Wel zouden ze graag zien dat er vaker familiedagen georganiseerd worden in plaats van twee keer per jaar en er een ‘gezelligere’ kamer komt voor het ontvangen van bezoek. Tot slot zijn ouders dankbaar voor het bestaan van gezinskliniek de Borch.

## VI. CONCLUSIE & DISCUSSIE

---

In dit hoofdstuk worden de conclusies, discussiepunten en aanbevelingen behandeld. In paragraaf 6.1 wordt ingegaan op de conclusies die getrokken kunnen worden naar aanleiding van dit onderzoek naar sociale netwerken en sociale steun van (aanstaande) ouders die voor een middelenverslaving zijn opgenomen in een gezinskliniek. In paragraaf 6.2 worden verschillende discussiepunten besproken en tot slot worden in paragraaf 6.3 enkele aanbevelingen gedaan.

### 6.1 Conclusie

In dit verkennende onderzoek is geprobeerd meer inzicht te verschaffen in de sociale netwerken van verslaafde (aanstaande) ouders die voor een middelenverslaving in een gezinskliniek zijn opgenomen. De focus lag hierbij op de sociale steun die de ouders ervaren en de redenen en factoren die maken dat ouders met jonge kinderen in een gezinskliniek zich meer of minder gesteund voelen door hun sociale omgeving. Daarnaast is onderzocht wat ouders vinden van de wijze waarop hun sociale netwerk bij de behandeling in de gezinskliniek wordt betrokken. Vanwege de verkennende aard van het onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoek met een aanvullend kwantitatief onderdeel. Door deze combinatie van methoden kan er ook gesproken worden van ‘mixed methods’. Voor dit onderzoek zijn zes ouders geïnterviewd die in een gezinskliniek behandeld worden voor hun middelenverslaving. De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde als volgt:

*Hoe zien de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge kinderen en zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruit en wat maakt dat zij dit netwerk als meer of minder ondersteunend ervaren voor het herstel van een middelenverslaving?*

De conclusies die getrokken kunnen worden vloeien voort uit de resultaten die besproken zijn in hoofdstuk vijf. Het resultatenhoofdstuk is opgebouwd uit drie onderdelen, namelijk de structurele kenmerken van het sociale netwerk, de kenmerken van de relaties in het sociale netwerk en de wijze waarop het sociale netwerk bij de behandeling op gezinskliniek de Borch wordt betrokken. In de volgende drie paragrafen worden de conclusies over deze deelonderwerpen aan de hand van de verwachtingen en opgestelde deelvragen besproken. Naast deze deelonderwerpen die deductief vanuit de literatuur zijn opgesteld, is ook inductief uit de analyses naar voren gekomen welke steun ouders soms missen en wat de betekenis hiervan is voor hen persoonlijk en het herstel. Deze twee onderwerpen worden onder de conclusies over structurele kenmerken van het netwerk behandeld. Vervolgens wordt in paragraaf 6.1.4 een overkoepelende conclusie gegeven en wordt er teruggeblikt op het samengestelde model dat in het theoretisch kader behandeld is. Op deze manier wordt geprobeerd de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden.

#### 6.1.1 Conclusies over structurele kenmerken van het sociale netwerk en sociale steun

In deze paragraaf worden de structurele kenmerken van de sociale netwerken en de functie sociale steun besproken. De eerste deelvraag gaat over hoe de sociale netwerken van verslaafde ouders met jonge

kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek eruitzien. De sociale netwerken van ouders die voor een middelenverslaving zijn opgenomen in een gezinskliniek kunnen als kleine netwerken beschouwd worden, omdat ze uit zes tot tien personen bestaan. Sommige ouders hebben wel grotere netwerken, maar gaven aan groepen personen, zoals kennissen en vriendengroepen, als één persoon te zien. Gebaseerd op literatuur werd ook verwacht dat verslaafde (aanstaande) ouders relatief kleine netwerken zouden hebben, omdat Nederlanders met psychische problematiek, waaronder verslavingsproblematiek, kleinere netwerken van ongeveer zeven familieleden en vrienden hebben dan Nederlanders zonder psychische problematiek, waarvan de netwerken uit ongeveer negentien familieleden en vrienden bestaan (Koenders et al., 2017; Mowbray & Scott, 2015; Tracy & Biegel, 2006). In andere onderzoeken werd ook gevonden dat mensen met een verslaving relatief kleine netwerken hebben, bestaande uit zeven tot tien mensen (Day et al., 2013; Leonard & Mudar, 2000; McCrady, 2004) en de resultaten lijken deze omvang te ondersteunen. Verder werd verwacht dat ouders minder steun zouden ervaren van de relatief kleine netwerken, omdat er minder kans is dat er tenminste één persoon beschikbaar is om steun te bieden (Chan & Lee, 2006; Wrzus et al., 2013). Echter, deze verwachting lijkt niet uit de resultaten naar voren te komen, omdat alle ouders ongeacht de grootte van hun netwerk in meer of mindere mate steun ervaren. Ook geeft maar één ouder aan een groter netwerk te willen zodat ze meer sociaal contact kan hebben, waardoor er ook meer mogelijkheden zijn om steun te ervaren. De andere ouders zijn tevreden met de grootte van hun netwerk en geven aan geen behoefte te hebben aan meer contacten tijdens de behandeling. Daarentegen lijkt een combinatie van een relatief klein netwerk zonder familieleden er wel voor te zorgen dat ouders minder steun ervaren.

Daarnaast hebben de netwerken een beperkte diversiteit, omdat de ouders enkel familie, vrienden, eventueel een partner en burens of lotgenoten in hun netwerk hebben. Er is maar één ouder die ook kennissen en collega's in haar netwerk heeft. Dit resultaat komt overeen met de verwachting dat de netwerken van ouders weinig divers zouden zijn. Verder is in het theoretisch kader besproken dat verschillende relaties verschillende soorten steun bieden. Hechte, intieme relaties met familie en vrienden bieden bijvoorbeeld voornamelijk emotionele steun en kennissen en collega's bieden informationele steun als ze relaties hebben met anderen buiten het netwerk (Agneessens, 2006; Burt, 2005; Granovetter, 1973). Door de beperkte diversiteit werd verwacht dat ouders afhankelijk zouden zijn van een paar relaties voor het ontvangen van de vier verschillende soorten steun en hierdoor mogelijk niet alle soorten steun zouden ontvangen (Day et al., 2013; Mowbray & Scott, 2015). Uit de resultaten lijkt naar voren te komen dat ouders emotionele, waarderings- en instrumentele steun vanuit hun netwerk ontvangen, maar geen informationele steun. Het gebrek aan informationele steun zou kunnen komen doordat er geen kennissen en collega's in de meeste netwerken voorkomen. Als er verder naar verschillende categorieën sociale contacten wordt gekeken, lijkt naar voren te komen dat familieleden vaak de kern van het netwerk vormen en de belangrijkste categorie personen zijn voor het ervaren van steun. Dit resultaat lijkt overeen te komen met de besproken literatuur waaruit blijkt dat familie de belangrijkste rol speelt om met de behandeling te beginnen, de behandeling te doorstaan en bij de uitkomst van de behandeling (Copello et al., 2005; Gordon & Zrull, 1991; McCrady, 2004). Tevens kunnen lotgenoten binnen de kliniek een steunpilaar voor ouders



zijn, zoals in het theoretisch kader is besproken (Best et al., 2012). Bovendien komt inductief uit de resultaten naar voren dat partners een grote bron van steun zijn als ze ook zijn opgenomen in de kliniek. Opgenomen partners en lotgenoten gaan door hetzelfde proces, waardoor ouders zich door hen beter begrepen voelen dan door mensen uit het sociale netwerk van buiten de kliniek.

Verder is er in veel netwerken sprake van andere mensen die ook een middelenverslaving hebben, waardoor er in de resultaten aanwijzingen zijn voor enige homogeniteit. Er is geen eenduidige verklaring naar voren gekomen voor het feit dat mensen vaak omgaan met anderen die op hen lijken in de zin van selectie of socialisering (Clausen, 1968; Kandel, 1978; McPherson et al., 2001). Ouders blijken nauwelijks steun te ontvangen van andere mensen met een verslaving zoals verwacht werd, omdat de relatie vaak gebaseerd is op het gebruik en de verkoop van het middel (exchange relaties) (Clark & Mills, 1993; Tracy & Biegel, 2006). Ouders geven aan tijdens de behandeling nauwelijks iets van deze mensen te hebben gehoord. Hieruit lijkt naar voren te komen dat de personen met de middelenverslaving niet positief tegenover de opname in de kliniek staan, zoals verwacht werd. Wat niet verwacht werd, is dat voornamelijk drugsgebruikers mensen in het netwerk met een drugsverslaving blijken te hebben waarmee ze ook samen drugs gebruikten. Ouders met een alcoholverslaving geven daarentegen aan dat ze voornamelijk alleen, zonder gezelschap van anderen, alcohol dronken.

De tweede deelvraag betreft de vraag van wie verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek (welke soort) steun ontvangen en hoe die steun eruitziet. Ouders ontvangen alle vier soorten steun tijdens de behandeling, waarbij ze emotionele, waarderings- en instrumentele steun vanuit hun informele sociale netwerk ontvangen en informatiele steun van behandelaren. Er is geen andere soort steun naar voren gekomen die niet onder te verdelen viel in de vier soorten steun (Berkman et al., 2000; House, 1981; Weiss, 1974). Uit de resultaten blijkt dat ouders zich voornamelijk gesteund voelen door het ontvangen van emotionele steun. Emotionele steun wordt zoals verwacht voornamelijk ontvangen van mensen die dichtbij ze staan, zoals familie, partners en vrienden (Agneessens et al., 2006). Voorbeelden zijn dat mensen uit het sociale netwerk interesse tonen, voor de ouders klaarstaan en langskomen op de gezinskliniek. Ook ontvangen de meeste ouders waarderingssteun, bijvoorbeeld complimenten, van alle mensen uit het netwerk. Meestal ervaren ouders instrumentele steun van burens en (schoon)ouders als het gaat om het verzorgen van het huis, de tuin en eventuele huisdieren, maar ook als ze ergens willen eten of logeren. Tot slot blijkt dat ouders tijdens de behandeling informatiele steun ontvangen van behandelaren in de kliniek. Zij geven ouders opbouwende kritiek en inzicht in hun gedrag. De relaties met behandelaren kunnen als formele relaties beschouwd worden en daarom was hier in het theoretisch kader geen verwachting over opgenomen.

Naast de steun die ouders ontvangen, is inductief uit de analyses naar voren gekomen dat sommige ouders ook bepaalde steun missen en zich hierdoor minder gesteund voelen tijdens de behandeling. Ze voelen zich voornamelijk minder gesteund omdat ze soms emotionele steun missen vanuit hun sociale netwerk. Voorbeelden zijn dat er geen contact met bepaalde mensen tijdens de behandeling is, ze zich eenzaam en in de steek gelaten voelen en er conflicten zijn. Hierbij gaat het vooral om familieleden in de intieme cirkel, zoals ouders, broers/zussen, maar ook om partners. Ook spelen lotgenoten een grote rol in

redenen waarom ouders zich minder gesteund voelen, onder andere door conflicten en leugens.

Concluderend komt uit de resultaten over de tweede deelvraag en de analyses naar voren dat ouders zich het meest gesteund voelen als ze emotionele steun ontvangen van mensen binnen én buiten de kliniek.

De derde deelvraag die over de functie sociale steun gaat betreft de betekenis van ervaren sociale steun. Alle ouders ervaren in meer of mindere mate steun tijdens de behandeling. Het doet ze goed en ze voelen zich erdoor gesterkt. Samengevat zorgt de steun uit het sociale netwerk voor een verminderd gevoel van eenzaamheid, verhoogde zelfwaardering, motivatie om de behandeling af te maken, motivatie om mensen uit het netwerk trots te maken en geeft het hoop op een goede toekomst. Vanuit de theorie werd ook verwacht dat mensen gemotiveerd zouden raken door steun van anderen, omdat ze meer geloven in hun herstel en ze tijdens lastige momenten terug kunnen vallen op naasten (Best, 2012). Ook werd verwacht dat aanmoediging tot meer zelfvertrouwen en geloof in een toekomst zonder verslaving zou kunnen leiden (Hunter-Reel et al., 2009), maar het werd niet verwacht dat ouders ook het netwerk trots willen maken en zich willen bewijzen tegenover hun omgeving.

Daarnaast is inductief uit de analyses de betekenis van het missen van steun naar voren gekomen. Door het missen van sociale steun van familie, een partner en lotgenoten voelen ouders zich alleen en hebben ze het idee er alleen voor te staan. Dit maakt het volgen van de behandeling lastiger, want ze ervaren minder steun tijdens lastige momenten en zijn dus meer op zichzelf aangewezen. Bovendien zijn ze minder gefocust op de behandeling en meer gefocust op zaken buiten de kliniek, zoals een partner die is teruggevallen, ruzie binnen de familie of blijven ze meer bezig met middelen. Verder speelt de sfeer onder de lotgenoten een belangrijke rol in hoe participanten zich voelen, bijvoorbeeld door conflicten en onderlinge irritaties. Samengevat komt uit de resultaten naar voren dat ouders steun van mensen binnen en buiten de kliniek nodig hebben en dat dat de kans op een effectieve behandeling zou kunnen vergroten.

#### 6.1.2 Conclusies over kenmerken van relaties in het sociale netwerk en sociale steun

In deze paragraaf worden de kenmerken van de relaties in de sociale netwerken besproken. De vierde deelvraag betreft met wie verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek contact hebben, op welke manier ze contact hebben, hoeveel contact ze hebben en wat de betekenis is voor het ervaren van sociale steun. Zoals verwacht moeten relaties tijdens de behandeling hersteld worden (Orford et al., 2005; Soye, 2006), maar hebben ouders met (bijna) alle mensen uit het sociale netwerk contact. Met de mensen die in de intieme cirkel staan hebben ouders dagelijks of wekelijks contact en met mensen die verder van ze af staan is er maandelijks contact, ze sturen hen vaak een algemene update. Ouders voelen zich het meest gesteund door de mensen waar dagelijks/wekelijks contact mee is en dit betreft meestal niet real life contact. Doordat er vaker contact is, zijn er zoals verwacht werd ook meer momenten waarop steun ervaren kan worden. Tijdens het contact gaat het niet alleen over de behandeling, maar ook juist om bijzaken, bijvoorbeeld samen lachen en het bespreken van koetjes en kalfjes. Ze (video)bellen vaak en hebben contact via WhatsApp, zoals verwacht werd vanwege de klinische opname (VNN, 2019). Echter, ouders ervaren real life contact als meer ondersteunend dan niet real life contact zoals ook in de literatuur is beschreven (Mesch & Talmud, 2006), want ze waarderen het zeer als

mensen langskomen op de kliniek vanwege de fysieke afstand en de regels omtrent het bezoek en ze elkaar kunnen zien en aanraken.

De vijfde deelvraag gaat over hoe ouders de intimiteit van de relaties beoordelen en de betekenis voor het ervaren van sociale steun. Uit de resultaten lijkt naar voren te komen dat ouders relaties in de intieme, effectieve en extensieve cirkel hebben en de intimiteit een kenmerk is dat in grote mate samenhangt met de hoeveelheid ervaren steun. Ouders geven aan dat ze de meeste steun van mensen uit de intieme cirkel ervaren, zoals familieleden en een partner als hij/zij ook is opgenomen, vervolgens van mensen uit de effectieve cirkel, bijvoorbeeld vrienden, en de minste steun ervaren van mensen uit de extensieve cirkel. Deze resultaten lijken de verwachtingen die in het theoretisch kader zijn besproken te ondersteunen (Kapferer, 1973). Ouders plaatsen bepaalde mensen in de intieme cirkel, omdat ze ondanks de beschadigde relatie klaarstaan voor de ouder. Deze mensen blijven interesse tonen, nemen contact op, helpen de ouder met praktische zaken en geloven in de ouder. De mensen in de intieme cirkel zijn ook de mensen waar het meeste contact mee is, hebben zelf in de meeste gevallen geen middelenverslaving (gehad) en komen langs op de kliniek. Meestal zijn deze mensen familieleden en dit lijkt overeen te komen met de verwachting dat familieleden de belangrijkste rol bij een behandeling voor verslaving spelen (Copello et al., 2005). Verder hebben mensen in de effectieve cirkel minder te maken gehad met de problematiek van de ouders, waardoor de relaties ook minder zijn beschadigd en met mensen in deze cirkel minder hersteld hoeft te worden. De extensieve cirkel bestaat vaak uit minder hechte vrienden of familieleden waarmee de relatie tijdens de periode van verslaving verslechterd is. Om de relaties en de intimiteit met deze personen te herstellen is vaak initiatief van de ouders nodig en een lange periode om vertrouwen terug te winnen.

De zesde deelvraag betreft de deelvraag hoe verslaafde ouders met jonge kinderen en verslaafde zwangere vrouwen in een gezinskliniek de wederkerigheidsbalans van hun relaties beoordelen en wat de betekenis is voor het ervaren van sociale steun. In de meeste gevallen waren en/of zijn de balans van de relaties positief voor de ouder, waarbij hij meer van de ander krijgt dan dat hij aan de ander geeft en soms voelen ouders zich hier schuldig over, zoals verwacht werd (Orford et al., 2005; Peirce et al., 2000). Deze resultaten lijken overeen te komen met de verwachting dat de relaties door de verslaving onder druk zouden komen te staan, waardoor een ongelijke wederkerigheidsbalans ontstaat (Soyez, 2006; Velleman et al., 1993). Ouders geven aan dat voornamelijk familieleden en mensen in de intieme cirkel in de relatie blijven investeren en dit versterkt wordt doordat de ouders tijdens de behandeling ook weer meer in relaties investeren. Kortom, tijdens de behandeling wordt er weer meer evenwicht gevonden in relaties.

### 6.1.3 Conclusies over gezinskliniek de Borch en het sociale netwerk

De laatste deelvraag van dit onderzoek heeft betrekking op gezinskliniek de Borch en de wijze waarop het sociale netwerk van ouders bij de behandeling wordt betrokken en hoe dit verbeterd kan worden. De ouders zijn over het algemeen tevreden over hoe hun sociale netwerk bij de behandeling wordt betrokken en vinden het ook belangrijk dat dit gebeurt, bijvoorbeeld met systeemgesprekken. De familiedagen ervaren de ouders als prettig, maar niet als noodzakelijk met de frequentie waarmee het nu gebeurt. Ouders zouden

graag zien dat er vaker familiedagen georganiseerd worden in plaats van twee keer per jaar, zodat een familiedag de eerste kennismaking van naasten met de kliniek en de behandeling kan zijn. Ouders denken dat familieleden het proces, de behandeling en de ouders beter begrijpen als de eerste kennismaking met de gezinskliniek tijdens een familiedag is, omdat er tijdens deze dagen uitleg gegeven wordt over de behandeling en dat dit het contact met naasten tijdens de verdere behandeling kan vergemakkelijken. Ze geven aan graag een familiedag aan het begin van de behandeling te willen zien, bijvoorbeeld aan het einde van de instroomfase, want dan zijn de ouders gewend aan de kliniek en is er nog geen bezoek langs geweest, omdat dit in de eerste fase niet is toegestaan.

Als het gaat om het bezoek vinden ouders dat dit streng geregeld is en dat dit de drempel verhoogd om mensen uit te nodigen, maar ze hebben begrip voor de regels omtrent het plannen en ontvangen van bezoek. Een verbeterpunt zijn de kamers waar ouders bezoek kunnen ontvangen. Op dit moment mogen ouders bezoek ontvangen op hun appartement, maar dit zijn kleine kamers (een woon/slaapkamer plus badkamer en een keuken als de ouder in de uitstroomfase zit). Als ouders het bezoek liever niet in hun appartement ontvangen, is er een therapiekamer beschikbaar. Ze verblijven dan in dezelfde kamer als tijdens een therapiesessie, zoals systeemtherapie. Echter, deze kamers zijn volgens de ouders prima voor een therapiesessie, maar niet voor het ontvangen van bezoek. Ze missen gezelligheid en een huiskamergevoel en zouden graag zien dat er minstens één kamer is voor bezoek met bijvoorbeeld een bank, schilderijen aan de muur, wat planten en speelgoed voor kinderen. Kortom, ouders zijn over het algemeen tevreden over hoe de Borch het sociale netwerk bij de behandeling betreft, maar zouden graag zien dat er vaker familiedagen georganiseerd worden en er minstens één kamer ingericht wordt voor het ontvangen van bezoek. Tot slot is uit de analyses naar voren gekomen dat ouders het waarderen dat ze samen met hun partner en/of kind(eren) kunnen worden opgenomen. Op deze manier hoeven ze hun partner en/of kind(eren) niet te missen en kunnen ze samen werken aan een betere toekomst.

#### 6.1.4 Conclusies over de centrale onderzoeksvraag en het samengestelde model

In deze paragraaf wordt een overkoepelende conclusie gegeven met betrekking tot de centrale onderzoeksvraag. Daarnaast is in het theoretisch kader een model samengesteld waarin verschillende structurele kenmerken van sociale netwerken en kenmerken van relaties zijn weergegeven die volgens bestaande literatuur van invloed zijn op het ervaren van sociale steun (figuur 3 op pagina 27). Op basis van de resultaten en conclusies kan nagegaan worden in hoeverre dit model passend was voor het huidige onderzoek. Er wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de kenmerken in het model naar voren zijn gekomen uit de resultaten en of er eventueel kenmerken aan het model toegevoegd kunnen worden.

Als er gekeken wordt naar hoe de sociale netwerken van verslaafde (aanstaande) ouders in een gezinskliniek eruitzien, kan geconcludeerd worden dat de netwerken van beperkte kwantiteit en kwaliteit zijn. De omvang van het netwerk is relatief klein, de diversiteit is beperkt en er bevinden zich andere mensen met een middelenverslaving in het netwerk waar nauwelijks steun van wordt ontvangen. Bovendien zijn de relaties door de middelenverslaving beschadigd, moet (de frequentie van) het contact van de ouders met personen uit het netwerk hersteld worden en zijn relaties vaak niet in balans. Het tweede

deel van de onderzoeksvraag gaat in op wat maakt dat ouders zich meer of minder gesteund voelen tijdens de behandeling. Ouders voelen zich het meest gesteund als ze emotionele steun ontvangen van mensen binnen én buiten de kliniek. Voor mensen van buiten de kliniek geldt dat ouders zich voornamelijk gesteund voelen door emotionele steun van familieleden, zoals het tonen van interesse, het klaarstaan voor de ouder en het langskomen op de kliniek. Binnen de kliniek spelen opgenomen partners en medebewoners een grote rol in hoe ouders zich voelen, onder andere door onderlinge conflicten, de sfeer en of ze een lotgenoot hebben waar ze goed mee op kunnen schieten. Als ouders van mensen binnen en buiten de kliniek steun ervaren kan dat de kans op een effectieve behandeling vergroten, omdat ze zich gesterkt voelen door steun van hun netwerk en prettig voelen in de groep, waardoor ze zich kunnen focussen op de behandeling en hun herstel.

Verder kan nagegaan worden in hoeverre het samengestelde model met drie structurele kenmerken van netwerken en drie kenmerken van relaties passend was voor het huidige onderzoek. De grootte van het netwerk lijkt weinig invloed op de ervaren steun te hebben, terwijl de diversiteit hier wel invloed op lijkt te hebben. Tijdens de behandeling ervaren ouders namelijk geen informationele steun van hun informele sociale netwerk. Familie in de intieme cirkel blijkt de belangrijkste categorie voor het ervaren van steun te zijn. Ook speelt homogeniteit als het gaat over middelenverslavingen in het netwerk een rol in de ervaren steun, want ouders ervaren nauwelijks steun van mensen met een verslaving in hun netwerk. Echter, het overgrote deel van de netwerken bestaat uit mensen zonder een middelenverslaving. Bij de kenmerken van de relaties lijkt de intimiteit van de relaties als overkoepelend kenmerk naar voren te komen, want als een relatie zich in de intieme cirkel bevindt, ervaart een ouder steun van deze persoon. Hierdoor is de wederkerigheidsbalans vaak in evenwicht of positief voor de ouder. Bovendien is een eigenschap van intimiteit dat er vaak contact en interesse is en mensen bijvoorbeeld langskomen op de kliniek. Dit zijn twee redenen die naar voren kwamen in de resultaten waardoor ouders zich gesteund voelen. Al met al lijken alle zes kenmerken van het samengestelde model, in verschillende mate, naar voren te komen uit de resultaten van dit onderzoek en zijn er geen structurele kenmerken uit de analyses naar voren gekomen die aan het model toegevoegd kunnen worden. Wel zou het model in de toekomst uitgebreid kunnen worden door meer aandacht te schenken aan de functie sociale steun, bijvoorbeeld door de vier soorten steun erin op te nemen en de betekenissen van steun aan het model toe te voegen.

## 6.2 Discussie

In deze discussieparagraaf wordt eerst in paragraaf 6.2.1 ingegaan op mogelijke verklaringen voor resultaten en conclusies die niet verwacht werden vanuit het theoretisch kader. Daarnaast worden in paragraaf 6.2.2 de beperkingen en sterke punten van het onderzoek besproken.

### 6.2.1 Mogelijke verklaringen

Als er naar de resultaten en conclusies gekeken wordt, lijkt de grootte van het netwerk weinig invloed te hebben op de mate waarin ouders zich gesteund voelen, terwijl vanuit de literatuur verwacht werd dat een groter netwerk doorgaans meer steun zou bieden. Verder lijkt uit de resultaten naar voren te komen dat een combinatie van een klein netwerk zonder familieleden wel voor minder steun zorgt, maar eerst wordt

ingegaan op de grootte van het netwerk. Vanuit de literatuur werd verwacht dat mensen met een groter netwerk meer steun zouden ontvangen, omdat er meer kans is dat er tenminste één persoon beschikbaar is om steun te bieden (Chan & Lee, 2006; Wrzus et al., 2013). Het zou ook zo kunnen zijn dat enkele ouders wel meer steun ervaren als ze een groter netwerk hebben, omdat ze soms steun missen, maar bijna alle ouders geven aan tevreden te zijn met de grootte van het netwerk en geen behoefte te hebben aan meer contacten. Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen de literatuur en de resultaten is de situatie waarin de ouders zich bevinden. Ze zijn opgenomen in een kliniek en zitten in een proces waarin ze werken aan hun middelenverslaving en onderliggende psychische problematiek (VNN, 2019). Ouders geven aan dat tijdens de periode van verslaving het contact is afgenomen en relaties beschadigd zijn, maar tijdens de behandeling te werken aan het herstellen van de relaties. Ze zijn dankbaar dat het herstellen van relaties nog mogelijk is en mensen uit het sociale netwerk hier nog voor openstaan. Ook geven de meeste ouders aan dat ze in het verleden een groter netwerk gehad hebben, maar dit netwerk vooral uit gebruikersvrienden bestond waar ze tijdens de behandeling niks van horen en dat deze mensen geen daadwerkelijke vrienden zijn. Ze lijken tijdens de behandeling de kwaliteit van relaties boven de kwantiteit te stellen en op deze manier zou de kwaliteit van de relaties de kwantiteit van het netwerk kunnen compenseren. Bovendien volgen de ouders een veeleisende behandeling waarvoor ze zijn opgenomen, waardoor hun hoofd mogelijk niet staat naar het uitbreiden van hun netwerk en het onderhouden van relaties in een groter netwerk. Al met al lijken ze zich in eerste instantie te richten op het verbeteren van de kwaliteit van de relaties die ze nu hebben en hechten ze minder waarde aan de kwantiteit van hun netwerk.

Daarnaast blijkt uit de resultaten dat een combinatie van een relatief klein netwerk zonder familieleden wel voor minder ervaren steun zorgt. Familieleden komen in de literatuur en de resultaten naar voren als de belangrijkste categorie voor het ervaren van steun van mensen buiten de kliniek en bevinden zich vaak in de intieme cirkel (Copello & Orford, 2002). Een verklaring voor de rol van familieleden in het ervaren van steun is dat relaties die bij de geboorte bepaald zijn in de meeste gevallen stabiel zijn gedurende het leven dan andere relaties (Agneessens et al., 2006). Familierelaties hebben onder andere door de biologische relatie vanaf het begin al een bepaalde intimiteit die relaties met bijvoorbeeld vrienden of lotgenoten niet hebben. Verder kan ook de duur van de relaties een rol spelen bij de intimiteit van relaties (Kapferer, 1973). Familieleden hebben vaak samen goede en slechte tijden meegemaakt, waardoor familieleden ook tijdens de slechte periode van een middelenverslaving in het leven van de ouder blijven, omdat ze op basis van het verleden weten dat er weer betere tijden kunnen komen. Bovendien wordt in de kliniek het belang van goede familierelaties benadrukt (VNN, 2019). Als familieleden dan toch besluiten om ondanks de biologische relatie het contact te verbreken, is dit vaak extra pijnlijk voor de ouders. Ook hebben ouders door de beperkte diversiteit in hun netwerk vaak weinig andere intieme relaties waar ze op terug kunnen vallen voor het ontvangen van (emotionele) steun.

Verder komt uit de resultaten naar voren dat voornamelijk ouders met een drugsverslaving gebruikersvrienden hebben en ouders met een alcoholverslaving niet. Ook ouders die in het verleden een drugsverslaving hebben gehad en nu voor een alcoholverslaving zijn opgenomen, geven aan tijdens de drugsverslaving wel gebruikersvrienden te hebben gehad, maar tijdens de alcoholverslaving niet. Een

mogelijke verklaring voor deze bevinding is het verschil in illegaliteit en legaliteit van de middelen in Nederland zoals dit in de Opiumwet beschreven staat ([www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)). Het gebruik van verscheidene soorten drugs is in Nederland illegaal en ouders moeten contact met andere mensen hebben om aan het middel te komen. Ze zoeken contact met dealers en verkrijgen de drugs via andere mensen (Day et al., 2013). Om steeds aan de middelen te kunnen komen is het ook nodig om met deze mensen in contact te blijven, waardoor er gebruikersvriendschappen kunnen ontstaan. Bovendien kunnen drugsgebruikers elkaars gezelschap opzoeken in de hoop dat een ander bijvoorbeeld nog middelen heeft. Alcohol is daarentegen een sociaal geaccepteerd middel wat legaal in de supermarkt en slijterij te verkrijgen is als men de leeftijdsgrens van achttien jaar heeft bereikt. Om aan alcohol te kunnen komen is er in principe geen contact met andere mensen met een alcoholverslaving nodig. Mensen met een alcoholverslaving komen minder andere mensen met een alcoholverslaving tegen, waardoor er minder gebruikersvriendschappen zouden kunnen ontstaan.

Tot slot is een mogelijke verklaring voor de verschillen in het ontvangen en missen van steun de mate waarin het sociale netwerk in staat is om sociale steun aan de ouders te kunnen bieden. Er is binnen de literatuur steeds meer aandacht voor de gevolgen van het bieden van sociale steun aan naasten met een middelenverslaving voor het netwerk, en met name voor familieleden (Copello et al., 2009; Orford et al., 2005; Ray, Mertens, & Wiesne, 2007). Het (samen)leven en omgaan met iemand die middelenverslaafd is kan tot extreme en langdurige stress leiden. De stress kan vervolgens voor fysieke, psychologische, sociale en emotionele problemen zorgen, zoals depressieve klachten en psychosomatische klachten, waardoor een naaste niet meer in staat is om steun te kunnen en/of willen bieden (Copello, 2010; Soye, 2006). Uit onderzoek blijkt dat de impact van het omgaan met mensen die middelen misbruiken uit vier aspecten bestaat (Orford et al., 2005). Het eerste aspect bestaat uit stress die voortkomt uit het samenleven en omgaan met een persoon die middelen misbruikt. Deze stress ontstaat onder andere door conflicten over het gebruik. Het tweede aspect omvat de zorgen van naasten. Naasten maken zich bijvoorbeeld zorgen over de gezondheid van de persoon, de financiële situatie en de invloed van gebruikersvrienden waarmee de verslaafde omgaat. Het derde aspect gaat over de invloed van de middelenverslaving op het gezinsleven. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van een gespannen sfeer, gewelddadig gedrag en financiële problemen. Het vierde aspect bestaat uit de overbelasting van naasten die zich uit in fysieke en psychische klachten. Naasten krijgen te maken met negatieve gevoelens, zoals angst en bezorgdheid, boosheid, maar ook schuld- en wanhoopgevoelens. Bovendien ervaren naasten fysieke klachten, zoals slapeloosheid, eetproblemen en lichamelijke complicaties. Ook blijkt dat mensen verschillend omgaan met stress en overbelasting door een naaste die middelenverslaafd is, zo heeft de ene persoon een vermijdende coping waarbij hij afstand creëert tussen de verslaafde persoon en zichzelf en de ander een tolerante coping waarbij hij de acties en de verslaving van de persoon tolereert (Orford, et al., 1992; Orford et al., 1998). Deze laatste persoon zou steun blijven bieden, terwijl de eerste persoon sneller afstand van de ouder zou nemen en geen steun meer zou bieden. De stress, belastbaarheid, copingstijlen en problemen van naasten bepalen mee op welke manier ze steun bieden. Hieruit kan opgemaakt worden dat mensen met een verslaving, de naasten en de behandelaren er belang bij hebben de netwerkleiden bij de behandeling te betrekken die op het moment van

de behandeling het best steun kunnen verlenen.

### 6.2.2 Beperkingen en sterke punten

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Een eerste beperking is de manier van participantenwerving. Ouders participeerden op vrijwillige basis, waardoor de kans bestaat dat alleen ouders die gemakkelijk over hun sociale netwerk spreken en/of tevreden zijn met hun netwerk mee wilden werken aan het onderzoek (selectiebias). Ouders die bijvoorbeeld problemen hebben met hun sociale netwerk zouden hierdoor kunnen afhaken, waardoor resultaten vertekend zijn en dit de credibility van het onderzoek negatief beïnvloedt. Als alleen ouders die gemakkelijk over hun netwerk spreken en/of tevreden zijn met hun netwerk hebben meegewerkt aan dit onderzoek, zou er een rooskleuriger beeld gevormd zijn van hoe de netwerken eruitzien en de steun die ouders ervaren dan dat daadwerkelijk bij ouders in de gezinskliniek het geval is. Samengevat zouden de bevindingen dan door de manier van participantenwerving minder overeen kunnen komen met de werkelijkheid. Echter, een ouder gaf juist aan mee te willen werken omdat hij geen contact heeft met zijn familie en hier met een onafhankelijk persoon over wilde spreken. Een andere ouder gaf aan het gesprek als een toevoeging op de behandeling te zien, omdat ze over haar kleine netwerk moest spreken. Ook kon ze door met een onafhankelijk persoon te praten ontdekken in welke mate ze de gebeurtenissen tijdens de behandeling heeft verwerkt.

Ten tweede zijn er uiteindelijk zes ouders geïnterviewd, wat één participant meer is dan het minimumaantal participanten wat van tevoren is vastgesteld. Er zijn vele pogingen gedaan tot het werven van meer participanten. Echter, het bleek een lastige opgave om ouders mee te laten doen aan het onderzoek. Vanwege de tijdsperiode van het onderzoek, de beperkte doorstroom van ouders (de gemiddelde verblijfsduur is negen maanden) en de moeite met het werven was het uiteindelijk niet mogelijk meer participanten te werven. Bovendien is er sprake van een kleine populatie, omdat er één gezinskliniek voor verslavingsproblematiek in Nederland is. Een voordeel van een kleine onderzoeksgroep is dat het saturatiepunt sneller bereikt kan worden (Hennink et al., 2011), maar er was sprake van behoorlijke variatie tussen de participanten, hun achtergrond en (verhalen over) hun netwerken, waardoor het saturatiepunt (waarschijnlijk) niet bereikt is. Deze constatering heeft tot gevolg dat de resultaten geen compleet beeld geven van de sociale netwerken van verslaafde ouders in een gezinskliniek, waardoor er meer onderzoek nodig is om een volledig beeld te krijgen.

Tot slot valt iets aan te merken op de participantenkenmerken geslacht en woonprovincie. De resultaten zijn voornamelijk gebaseerd op de netwerken en ervaringen van vrouwen, omdat er maar één mannelijke participant heeft deelgenomen. Deze verdeling zou voor vertekening van de resultaten kunnen hebben gezorgd. Uit de literatuur komt naar voren dat het geslacht van een individu van invloed kan zijn op hoe het netwerk eruitziet, waarbij netwerken van mannen met psychische problematiek, waaronder verslavingsproblematiek, uit meer vrienden bestaan, terwijl netwerken van vrouwen met psychische problematiek uit meer familieleden bestaan (Koenders et al., 2017). De verdeling tussen mannen en vrouwen zou mogelijk het zicht op hoe de netwerken van verslaafde ouders in een gezinskliniek eruitzien kunnen belemmeren, waarbij het belang van familieleden overschat zou kunnen zijn. Verder blijkt dat het



geslacht van een individu van invloed kan zijn op de soort steun en de mate waarin mensen steun ontvangen, want vrouwen blijken meer emotioneel intieme relaties te hebben en mobiliseren tijdens periodes van stress meer steun dan mannen (Kawachi & Berkman, 2001). De verdeling tussen mannen en vrouwen zou ook mogelijk het zicht op de ervaren steun kunnen belemmeren, waarbij het belang van emotionele steun en de mate waarin steun ervaren wordt overschat zouden kunnen zijn. Daarnaast geldt dat vijf van de zes participanten in de drie noordelijke provincies Friesland, Groningen en Drenthe wonen en één participant in Flevoland. Geen van de participanten was voor de opname woonachtig in het zuiden van Nederland. Dit maakt dat de participanten niet de verschillende gebieden van Nederland beslaan, terwijl de Borch de enige gezinskliniek in Nederland is en een landelijke functie heeft. Mogelijk heeft dit invloed gehad op de resultaten. De woonprovincie zou invloed kunnen hebben op het real life contact met mensen uit het sociale netwerk, omdat de fysieke afstand het bezoeken van de ouders en de kliniek kan bemoeilijken, waardoor ouders bijvoorbeeld geen systeemtherapie met naasten kunnen volgen en weinig bezoek ontvangen. Hierdoor zouden ouders die in het zuiden van Nederland wonen minder steun van hun netwerk kunnen ontvangen, maar deze mogelijke invloed is nu niet meegenomen in dit onderzoek.

Naast de beperkingen kent het onderzoek ook enkele sterke punten. Zo is er aandacht besteed aan het bereiken van credibility, transferability, dependability en confirmability (Shenton, 2004). Er is geprobeerd om aan credibility te voldoen door een theoretisch kader op te stellen en dit kader de basis van het onderzoek te laten vormen. Bovendien zijn er *thick descriptions* opgesteld. Transferability en dependability zijn geprobeerd te bereiken door het uitgebreid beschrijven van het onderzoekontwerp, de processen, de manier van dataverzameling en de aandacht voor de context. Verder heeft een onafhankelijke onderzoeker het codeboek, de gecodeerde interviews, de *thick descriptions* en het resultatenhoofdstuk gecontroleerd, wat ten goede komt aan de kwaliteit en betrouwbaarheid van de resultaten. Hierdoor kunnen andere onderzoekers beoordelen of de informatie geschikt is voor een ander onderzoek en of de onderzoeker transparant te werk is gegaan. Op deze manier kan het onderzoek ook op eenzelfde manier uitgevoerd worden door andere onderzoekers. Daarnaast is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten, namelijk een diepte-interview, het visualiseren van netwerken en kenmerken van relaties en een gevalideerde vragenlijst, wat de kwaliteit van het onderzoek kan vergroten. Tot slot is ook aan confirmability voldaan doordat de onderzoeker zich bewust is geweest van de invloed die zijzelf kon hebben op het onderzoeksproces, vanwege de eigen sociale achtergrond en normen en waarden (reflexiviteit). Om deze redenen bestaat het interview enkel uit open vragen en bevat het geen sturende principes. Bovendien is er een pilotinterview gehouden en is de onderzoeker in gesprek gegaan met behandelaren op de kliniek om de achtergrond en leefwereld van de ouders beter te kunnen begrijpen en tijdens het interview hierop aan te kunnen sluiten.

Een ander kenmerk van dit onderzoek dat als een sterk punt beschouwd kan worden, is de unieke populatie. Er is één gezinskliniek in heel Nederland waar ouders voor hun middelenverslaving samen met hun kinderen opgenomen kunnen worden, wat deze kliniek en deze populatie bijzonder maakt. Bovendien is er zelden onderzoek uitgevoerd naar verslaafde ouders, omdat ouders vaak op hun hoede zijn en bijvoorbeeld bang zijn voor uithuisplaatsing van de kinderen (van der Meer et al., 2017). Daarnaast is

onderzoek naar steun als bijdrage aan herstel van ouders met een middelenverslaving in het kader van transgenerationale overdracht van belang, omdat ouders die hersteld zijn van een verslaving een kind een veiligere omgeving kunnen bieden om in op te groeien. Tot slot is er ook rekening gehouden met de kwetsbaarheid van de populatie door veel aandacht te besteden aan ethische aspecten van het onderzoek. Zo is onder andere het onderzoeksvoorstel inclusief interviewschema voorgelegd aan de hoofdbehandelaars van de Borch en de ethische onderzoekscommissie van VNN. Ook is de anonimiteit en vertrouwelijkheid gewaarborgd en was er sprake van geïnformeerde toestemming.

### 6.3 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten, conclusies en discussiepunten kunnen er een aantal aanbevelingen worden gedaan. Een eerste aanbeveling heeft betrekking op het verkennende karakter van dit onderzoek, het saturatiepunt en het aantal participanten dat heeft deelgenomen aan het onderzoek, namelijk zes. De aanbeveling is dat er vervolgonderzoek gedaan wordt met meer participanten. Hierdoor kan het saturatiepunt bereikt worden en kan onder andere onderzocht worden of bij een groter aantal participanten, meer mannelijke participanten en participanten uit het zuiden van Nederland dezelfde resultaten naar voren komen als het gaat om hoe het netwerk eruit ziet en wat maakt dat ouders zich meer of minder gesteund voelen. Verder kan er een longitudinaal onderzoek opgezet worden waarin verschillen in het verloop van de behandeling en het herstel bij ouders die veel en weinig steun ervaren bestudeerd worden om te kijken naar de causale invloed van sociale steun op de behandeling. Bovendien zou het maken van een vergelijking tussen de netwerken aan het begin en het einde van de behandeling en een jaar na de behandeling interessant kunnen zijn om te kijken hoe de netwerken en relaties veranderen tijdens de behandeling en wat mogelijke lange termijn effecten zijn van de behandeling op de sociale netwerken. Ook kan in verder onderzoek de kenmerken van naasten die invloed kunnen hebben op het bieden van sociale steun nauwkeuriger onderzocht worden, zoals hun copingstijl (Orford, et al., 1992; Orford et al., 1998), en kan er bijvoorbeeld gekeken worden in welke mate er sprake is van homogeniteit in de netwerken als het gaat om andere kenmerken dan een middelenverslaving, zoals de sociaaleconomische status (SES). Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat mensen met een lage sociaaleconomische status minder steun bieden en ontvangen dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (Lakerveld et al., 2014; Mickelson & Kubzansky, 2003; Stringhini et al., 2012), wat mogelijk van invloed kan zijn op de mate waarin ouders steun ontvangen. Al met al kunnen door deze onderzoeken met meer zekerheid conclusies worden getrokken over de sociale netwerken en sociale steun van ouders in een gezinskliniek.

Ten tweede wordt aanbevolen om in de gezinskliniek aandacht te blijven besteden aan de sociale netwerken van ouders met behulp van systeemtherapie, relatietherapie, bezoeksregelingen en familiedagen en te monitoren hoe de wijze waarop het sociale netwerk bij de behandeling betrokken wordt verbeterd kan worden. Gezinnen kunnen tijdens en na de behandeling steun van de omgeving krijgen, wat bijdraagt aan het herstel tijdens de behandeling en zorgt voor meer kans op blijvend herstel van de ouder na de behandeling. Door in te zetten op een ondersteunend sociaal netwerk kunnen ouders ook na de behandeling terecht voor steun bij hun naasten als het bijvoorbeeld niet goed met hen gaat. Een aantal concrete

aanbevelingen voor gezinskliniek de Borch zijn dat er vaker familiedagen georganiseerd worden waarin aandacht besteed blijft worden aan uitleg van de behandeling en het proces waar ouders doorheengaan. Een andere aanbeveling is dat er een speciale bezoekkamer ingericht wordt, waardoor de Borch ouders beter voorziet in het ontvangen van naasten. Bovendien wordt aanbevolen om de sfeer binnen de kliniek en cliënten niet uit het oog te verliezen, omdat medebewoners een bron van steun kunnen zijn of juist een belemmering kunnen vormen in het focussen op de behandeling. Tijdens therapiesessies met de gehele groep kunnen behandelaars hier aandacht aan besteden. Ook is een aanbeveling om de drempel voor bezoek lager te maken zonder de veiligheid van de cliënten uit het oog te verliezen. Ouders geven aan veel aan steun van familieleden en vrienden die langskomen (real life contact) te ervaren, maar hebben tijdens de behandeling meer niet real life contact, waarvoor ruimere bezoektijden een uitkomst zouden zijn. Daarnaast wordt aanbevolen om verslaafde partners van de cliënten meer bij de behandeling te betrekken en aan te moedigen bij bijvoorbeeld intakegesprekken dat de partner ook in behandeling gaat. Op deze manier hebben ouders binnen de kliniek ook een steunpilaar en komt de ouder na de behandeling niet direct weer in contact met een persoon met een middelenverslaving en eventuele verleidingen om ook weer middelen te gaan gebruiken. Tevens wordt aan de Borch aanbevolen om met cliënten en naasten in gesprek te gaan over hoe ze vinden dat het sociale netwerk bij de behandeling wordt betrokken, bijvoorbeeld bij een afsluitend systeemgesprek waarin ook naasten aan het woord kunnen komen en hun ervaringen kunnen delen. Tot slot wordt aanbevolen om voor ouders die steun missen en een beperkt en/of klein netwerk hebben, te kijken naar mogelijke interventies om meer steun tijdens de behandeling te ontvangen en hoe ze na de behandeling hun netwerk uit kunnen breiden. In de richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg wordt bijvoorbeeld aangeraden om te werken met de Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse (MSNA) (Baars, Uffing, & Dekkers; Tielemans & de Jong, 2007). MSNA zou een aanvulling kunnen zijn op systeemtherapie om meer zicht te krijgen op welke personen uit het netwerk steun kunnen bieden. Daarnaast zou de *Social Behavior and Network Therapy* en/of de *Community Reinforcement Approach* toegepast kunnen worden. Deze behandelmethodes kunnen ouders helpen bij het uitbreiden van het netwerk na de behandeling, onder andere door ze te trainen in het leggen en onderhouden van (nieuwe) contacten (Copello, Orford, Hodgson, Tober, & Barrett, 2002; van Gageldonk, Ketelaars, & van Laar, 2006). Tijdens de laatste fase van de behandeling moeten ouders onder andere nadenken over welk (vrijwilligers)werk en welke sport ze willen gaan doen als ze de kliniek verlaten (VNN, 2019), wat na de behandeling mogelijke omgevingen zijn om geleerde sociale vaardigheden toe te passen en hun netwerk uit te breiden.

Om af te sluiten wordt aan andere klinieken van VNN aanbevolen om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om ouders met hun partner en kinderen op te nemen. In Nederland zijn er per 10.000 inwoners 350 kinderen onder de achttien jaar die een ouder hebben met een psychische aandoening en/of een verslaving (de Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010), dus er is sprake van een grote en kwetsbare groep. Doordat ouders samen met hun eventuele partner en kind(eren) opgenomen kunnen worden en ze hun kind(eren) niet hoeven te missen, zijn ouders waarschijnlijk eerder bereid om in behandeling te gaan en leren ze bovendien gezonde, abstinente en succesvolle ouders te worden. Daarnaast geven ouders aan het

fantastisch te vinden dat ze samen met hun partner en/of kind(eren) kunnen worden opgenomen, ze geadviseerd worden over de opvoeding en ook de kinderen geholpen worden met hun trauma's en problemen. Al met al, door in te zetten op gezinnen kunnen kinderen in een veiligere omgeving opgroeien en is de kans kleiner dat een volgende generatie ook een verslaving ontwikkelt met alle bijbehorende individuele en maatschappelijke gevolgen.

## VII. LITERATUURLIJST

---

- Adams, J. S. (1963). Towards an understanding of inequity. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(5), 422-436. doi: 10.1037/h0040968
- Agneessens, F., Waeghe, H., & Lievens, J. (2006). Diversity in social support by role relations: A typology. *Social Networks*, 28(4), 427-441.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic criteria and codes. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e editie). Arlington, VA: Author.
- Baars, H., Uffing, H., & Dekkers, G. (1990). *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie*. Houten, Nederland: Bohn, Stafleu Van Loghum
- Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S., & Hawkins, J. D. (2006). Linking substance use and problem behavior across three generations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 273-292. doi: 10.1007/s10802-006-9033-z
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00065-4
- Best, D. (2012). *Addiction recovery: A movement for social change and personal growth in the UK*. Brighton, England: Pavilion.
- Best, D., Ghufuran, S., Day, E., Ray, R., & Loaring, J. (2008). Breaking the habit: A retrospective analysis of desistance factors among formerly problematic heroin users. *Drug and Alcohol Review*, 27, 619-624. doi: 10.1080/09595230802392808
- Best, D., Gow, J., Knox, T., Taylor, A., Groshkova, T., & White, W. (2012). Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: Quality of life and its associations with measures of recovery capital. *Drug and Alcohol Review*, 31, 334-341. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00321.x
- Blaauw, E., Anthonio, G. G., van der Meer, M., & van den Bos, A. (2018). Visie op de mens, visie op verslaving: Een meervoudige kijk op problematiek en herstel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 774-781.
- Borgatti, S. P., Everett, M. G. & Freeman, L. C. (2002). *UCINET for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- Borgatti, S. P., Everett, M. G., & Johnson, J. C. (2013). *Analyzing social networks*. London, England: SAGE.
- Broekaert, E., van Hove, G., Vandeveld, S., Soye, V., & Vanderplasschen, W. (2010). *Handboek bijzondere orthopedagogiek*. Antwerpen, België: Garant.

- Burt, R. S. (2005). *Structural holes: The social structure of competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chan, Y. K., & Lee, R. P. (2006). Network size, social support and happiness in later life: A comparative study of Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 87-112. doi: 10.1007/s10902-005-1915-1
- Chassin L., Curran, P. J., Hussong, A. M., & Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 70-80. doi: 10.1037/0021-843X.105.1.70
- Cialdini, R. B., & Goldstein, N. J. (2004). Social influence: Compliance and conformity. *Annual Review of Psychology*, 55, 591-621. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.142015
- Clark, M. S., & Mills, J. (1993). The difference between communal and exchange relationships: What it is and is not. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(6), 684-691. doi: 10.1177/0146167293196003
- Clausen, J. A. (1968). *Socialisation and society*. Boston, MA: Little, Brown and Company.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). New York, NY: Oxford University Press. doi: 10.1093/med:psych/9780195126709.003.0001
- Cohen, S. E., & Syme, S. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). San Diego, CA: Academic Press.
- Cohen, S. E., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Connors, N. A., Bradley, R. H., Mansell, L. W., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Brugdorf, K., & Herrel J. M. (2003). Children of mother with serious abuse problems: An accumulation of risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(4), 743-58. doi: 10.1081/ADA-120026258
- Copello, A. (2010). Commentary on Roozen et al. (2010): Involving families in addiction treatment, the way forward. *Addiction*, 105, 1739-1740. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03147
- Copello, A., & Orford, J. (2002). Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11), 1361-1363. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00259
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., & Barrett, C. (2002). Social behaviour and network therapy: Basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, 27(3), 345-366. doi: 10.1016/S0306-4603(01)00176-9
- Copello, A. G., Velleman, R. D., & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24(4), 369-385. doi: 10.1080/09595230500302356
- Crossley, N., Bellotti, E., Edwards, G., Everett, M. G., Koskinen, J., & Tranmer, M. (2015). *Social network analysis for ego-nets*. London, England: SAGE.

- Day, E. (2017). Building bridges to positive social identities. In S. A. Buckingham & D. Best (Eds.), *Addiction behavioral change and social identity: The path to resilience and recovery* (pp. 172-195). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Day, E., Copello, A., Karia, M., Roche, J., Grewal, P., George, S., Haque, S., & Chohan, G. (2013). Social network support for individuals receiving opiate substitution treatment and its association with treatment progress. *European Addiction Research*, 19, 211-221. doi: 10.1159/000343827
- De Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht, Nederland: Trimbos Instituut.
- De Gries, E. (2013). *Kind van verslaafde ouders: Transgenerationale verslaving en de invloed van 'De Lage Kamp'* (Masterthese, Rijksuniversiteit Groningen, Nederland).
- De Jong-Gierveld, J. (1984). *Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek*. Deventer, Nederland: Van Loghum Slaterus.
- De Jong-Gierveld, J. & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299. doi: 10.1177/014662168500900307
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology*. New York, NY: The Free Press.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
- Eisenberger, N. I., Taylor, S. E., Gable, S. L., Hilmert, C. J., & Lieberman, M. D. (2007). Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress response. *Neuroimage*, 35(4), 1601-1612. doi: 10.1016/j.neuroimage.2007.01.038
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O'Farrell, T. (1999). Drug-abusing patients and their intimate partners: Dyadic adjustment, relationship stability and substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 11-23. doi: 10.1037//0021-843x.108.1.11
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140. doi: 10.1177/001872675400700202
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Gleason, M., IJda, M., Bolger, N., & Shrout, P. (2003). Daily supportive equity in close relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(8), 1036-1045. doi: 10.1177/0146167203253473
- Goossens, F. X., & van der Zanden, A. P. (2012). *Factsheet KOPP/KVO: Kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders*. Utrecht, Nederland: Trimbos Instituut.
- Goossens, F. X., van Hasselt, N. E., & Sannen, A. M. L. (2012). *Verslaving: Maatschappelijke gevolgen. Overlast, geweld, verwervingscriminaliteit, verkeersongevallen en ziekteverzuim*. Utrecht, Nederland: Trimbos Instituut.
- Gordon, A. J., & Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 143-152. doi:10.1016/0740-5472(91)90005-U

- Gottlieb, B. H. (2000). Selecting and planning support interventions. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25(2), 161-178. doi: 10.2307/2092623
- Graham, J. W., Marks, G., & Hansen, W. B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 76(2), 291-298. doi: 10.1037/0021-9010.76.2.291
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2012). *De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving*. Rotterdam, Nederland: IVO.
- Harary, F. (1969). *Graph Theory*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Haun, D., & Tomasello, M. (2011). Conformity to peer pressure in preschool children. *Child Development*, 82(6), 1759-1767. doi: 10.1111/j.1467-8624.2011.01666.x
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London, England: SAGE.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7, e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- Homish, G. G., & Leonard, K. E. (2008). The social network and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(6), 906-914. doi: 10.15288/jsad.2008.69.906
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hunter-Reel, D., McCrady, B., & Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: An extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104(8), 1281-1290. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02611.x
- International Business Machines Corporation. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- Ikkink, K. K., & van Tilburg, T. (1998). Do older adults' network members continue to provide support in unbalanced relationships? *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(1), 59-75. doi: 10.1177/0265407598151004
- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103(5), 1085-1099. doi: 10.1007/978-1-4615-0195-4\_153
- Kandel, D. B. (1978). Homophily, selection, and socialization in adolescent friendships. *American Journal of Sociology*, 84(2), 427-436. doi: 10.1086/226792
- Kapferer, B. (1973). Social network and conjugal role in urban Zambia: Towards a reformulation of the Bott hypothesis. In J. Boissevain, & J.D. Mitchell (Eds.), *Network analysis: Studies in human interaction* (pp. 83-110). Den Haag, Nederland: Mouton.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467. doi: 10.1093/jurban/78.3.458



- Krishnan, M., Orford, J., Bradbury, C., Copello, A., & Velleman, R. (2001). Drug and alcohol problems: The users' perspective on family members' coping. *Drug and Alcohol Review*, 20, 385-393. doi: 10.1080/09595230120092733
- Koenders, J. F., de Mooij, L. D., Dekker, J. M., & Kikkert, M. (2017). Social inclusion and relationship satisfaction of patients with a severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 773-781. doi: 10.1177/0020764017737572
- Kroll, B. (2004). Living with an elephant: Growing up with parental substance misuse. *Child & Family Social Work*, 9(2), 129-140. doi: 10.1111/j.1365-2206.2004.00325.x
- Kromhout, M., Kornalijslijper, N., & de Klerk, M. (2018). *Veranderende zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag, Nederland: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Langeland, W. (2019). *De stand van zaken in wetenschap en praktijk met betrekking tot het effect van systeemtherapie, oftewel relatie- en gezinstherapie*. Utrecht, Nederland: Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie.
- Lakerveld, J., Verstrate, L., Bot, S. D., Kroon, A., Baan, C. A., Brug, J., ... & Nijpels, G. (2014). Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: Enhancing and impeding factors. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 390- 395.
- Laudet, A., Magura, S., Furst, R., Kumar, N., & Whitney, S. (1999). Male partners of substance abusing women in treatment: An exploratory study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 607-627. doi: 10.1081/ada-100101882
- Leonard, K. E., & Mudar, P. J. (2000). Alcohol use in the year before marriage: Alcohol expectancies and peer drinking as proximal influences on husband and wife alcohol involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1666-1679. doi: 10.1111/j.1530-0277.2000.tb01968.x
- Liang, J., Krause, N. M., & Bennett, J. M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging*, 16, 511-523. doi: 10.1037//0882-7974.16.3.511
- Lundborg, P. (2006). Having the wrong friends? Peer effects in adolescent substance use. *Journal of Health Economics*, 25(2), 214-233. doi: 10.1016/j.jhealeco.2005.02.001
- Macdonald, D., Russell, P., Bland, N., Morrison, A., & de la Cruz, C. (2003). *Supporting families and carers of drug users: A review*. Edinburgh, Scotland: Centre for Research in Families and Relationships.
- Manuel, J. K., McCrady, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., & Tonigan, J. S. (2007). The pretreatment social networks of women with alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 871-878. doi: 10.15288/jsad.2007.68.871
- McCrady, B. S. (2004). To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social network. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 113-121. doi: 10.1037/0893-164X.18.2.113
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a feather: Homophily in social networks. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 415-444. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.415

- Mesch, G., & Talmud, I. (2006). The quality of online and offline relationships: The role of multiplexity and duration of social relationships. *The Information Society*, 22(3), 137-148. doi: 10.1080/01972240600677805
- Mickelson, K. D., & Kubzansky, L. D. (2003). Social Distribution of Social Support: The Mediating Role of Life Events. *American Journal of Community Psychology*, 32(3), 265-281.
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019). *Over de Raad voor de Kinderbescherming. Ieder kind heeft recht op bescherming*. Den Haag, Nederland: Ministerie van Justitie en Veiligheid.
- Mowbray, O., & Scott, J. A. (2015). The effect of drug use disorder onset, remission or persistence on an individual's personal social network. *The American Journal on Addictions*, 24(5), 427-434. doi: 10.1111/ajad.12224
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., Crundall, I., Tiburcio, M., Templeton, L., & Walley, G. (2005). *Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures*. London, England: Taylor and Francis.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A., & Velleman, R. (1998). Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93, 1799-1813. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.931217996
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Davies, J., Mora, J., Nava, A., Rigby, K., & Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96, 761-774. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.96576111
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Tod, A., Bennett, G. & Velleman, R. (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2, 163-183. doi: 10.1002/casp.2450020302
- Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19(1), 28-38. doi: 10.1037/0278-6133.19.1.28
- Plasmans, M. H. D., Ramjiawan, V. R., & Vonk, R. A. A. (2019). *Zorguitgaven alcohol- en drugsverslaving 820 miljoen euro*. Geraadpleegd op: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/drugsverslaving/kosten/zorguitgaven>
- Polman, P. I., & Visser, E. C. M. (2014). *Verslavingszorg in beeld: Alcohol en drugs*. Uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Diemen, Nederland: Zorginstituut Nederland.
- Ray, G. T., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical Care*, 45(2), 116-122.
- Reno, R. R., Cialdini, R. B., & Kallgren, C. A. (1993). The transsituational influence of social norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 104-112. doi: 10.1037/0022-3514.64.1.104

- Rijksoverheid. (2013). *Troonrede 2013*. Geraadpleegd op:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>.
- Rijksoverheid. (2018). *Bestuurlijke akkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2019 t/m 2022. Toekomstbeeld/ ambitie voor de GGZ*. Geraadpleegd op:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>
- Robins, G. (2015). *Doing social network research: Network-based research design for social scientists*. London, England: SAGE.
- Romijn, G., de Graaf, I., & de Jonge, M. (2010). *Kwetsbare kinderen: Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht, Nederland: Trimbos Instituut.
- Sarason, I. & Sarason, B. (2009). Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 113-120. doi: 10.1177/0265407509105526
- Schaefer, D. R., Adams, J., & Haas, S. A. (2013). Social networks and smoking: Exploring the effects of peer influence and smoker popularity through simulations. *Health Education and Behavior*, 40, 24-32. doi: 10.1177/1090198113493091
- Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2016). Ontwikkelingen in verslaving. *Gedragstherapie*, 49(3), 343-354.
- Scientific Software Development. (2019). *Scientific Software Development's ATLAS.ti: The knowledge workbench*. Berlijn, Duitsland: Scientific Software Development.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429. doi: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134601
- Soyez, V. (2006). Sociale steun voor drugverslaafden in behandeling: Het belang van het betrekken van verschillende subgroepen. *Verslaving: Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 2(4), 22-36.
- Stringhini, S., Berkman, L., Dugravot, A., Ferrie, J. E., Marmot, M., Kivimaki, M., & Singh Manoux, A. (2012). Socioeconomic status, structural and functional measures of social support, and mortality the British whitehall II cohort study, 1985-2009. *American Journal of Epidemiology*, 175(12), 1275-1283.
- Suijkerbuijk, A., van Gils, P., & de Wit, A. (2014). *De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen*. Bilthoven, Nederland: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Tielemans, L. I. G. & de Jong, C. A. J. (2007). *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg*. Amersfoort, Nederland: Resultaten scoren/GGZ Nederland.
- Tracy, E. M., & Biegel, D. E. (2006). Personal social networks and dual disorders: A review of the literature and implications for practice and future research. *Journal of Dual Diagnosis*, 2(2), 59-88. doi: 10.1300/J374v02n02\_04

- Van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving, 1*, 47-53.
- Van der Meer, M., Jansen, D., Willems, I., & Anthonio, G. G. (2017). Duurzaam behandelen in de verslavingszorg: Vandaag werken aan een betere toekomst voor de volgende generatie. In G. G. Anthonio, & F. A. Huser (Eds.), *Kringen in de vijver* (pp. 89-96). Leeuwarden, Nederland: Stenden/NHL Uitgeverij.
- Vanderplasschen, W., Autrique, M., & de Wilde, J. (2010). Drugverslaafde ouders. In A. Autrique (Ed.), *Kinderen & adolescenten: problemen en risicosituaties: Gezin* (pp. 208-227). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Erp, N., & van der Meulen, A. (2017). *Factsheet stigma en verslaving. Een uitgave van Verslavingskunde Nederland*. Geraadpleegd op: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1601-factsheet-stigma-en-verslaving>
- Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., & van Laar, M. W. (2006). *Hulp bij probleemgebruik van drugs - Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg*. Utrecht, Nederland: Trimbos Instituut.
- Van Santvoort, F., Hosman, C., van Doesum, K., & Janssens, J. (2011). Preventie programma KOPP/KVO onder vuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 89(1), 16-19.
- Van Sonderen, F. L. P. (1991). *Het meten van sociale steun* (proefschrift). Groningen, Nederland: Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Sonderen, F. L. P. (1993). *Het meten van sociale steun*. Geraadpleegd op: [https://www.rug.nl/research/portal/publications/het-meten-van-sociale-steun\(9fbf1467-536a-43e8-95a7-1041d41f7c35\).html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/het-meten-van-sociale-steun(9fbf1467-536a-43e8-95a7-1041d41f7c35).html)
- Van Tilburg, T. (1985). *De betekenis van ondersteuning in primaire sociale relaties*. Amsterdam, Nederland: VU Uitgeverij.
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The family of problem drugusers: A study of 50 close relatives. *Addiction*, 88, 1281-1289. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02150.x
- Velleman, R., & Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 79-89. doi: 10.1192/apt.bp.106.002386
- Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN). (2016). *Wat is verslaving? Waarom lichaam en geest afhankelijk worden*. Geraadpleegd op: [https://www.vnn.nl/sites/default/files/2019-01/Whitepaper%20VNN\\_web.pdf](https://www.vnn.nl/sites/default/files/2019-01/Whitepaper%20VNN_web.pdf)
- Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN). (2019). *Werkboek gezinskliniek de Borch*.
- Wasserman, D. A., Stewart, A. L., & Delucchi, K. L. (2001). Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(1), 65-75.
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Wentowski, G. (1981). Reciprocity and the coping strategies of older people: Cultural dimensions of network building. *Gerontologist, 1*, 600-609. doi: 10.1093/geront/21.6.600
- Windle, M. (2000). Parental, sibling and peer influences on adolescent substance use and alcohol problems. *Applied Developmental Science, 4*(2), 98-110. doi: 10.1207/S1532480XADS0402\_5
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 139*(1), 53-80. doi: 10.1037/a0028601